

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 547

**PLANIFICACION DE PROGRAMAS
PARA LA
ENSEÑANZA DE LA MEDICINA**

**Informe de un
Comité de Expertos de la OMS**

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

GINEBRA

1974

ISBN 92 4 320547 1

© Organización Mundial de la Salud 1974

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OMS deberán solicitar la oportuna autorización de la Oficina de Publicaciones y Traducción, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que se presentan los datos que contiene no implican, por parte del Director General de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen en las publicaciones de la OMS por una letra inicial mayúscula.

PRINTED IN SWITZERLAND

INDICE

	Página
Introducción	5
1. Determinación de los factores que pueden influir en las normas para la enseñanza de la medicina	6
1.1 Perfiles de salud y posibles normas de vigencia mundial	6
1.2 Las autoridades sanitarias y la libertad académica	7
1.3 Normas para la enseñanza de la medicina y necesidades variables en la asistencia sanitaria	8
1.4 Factores económicos, sociales, culturales y educativos	12
1.5 Influencia del desarrollo económico y social en las normas para la enseñanza de la medicina	13
2. Función del licenciado en medicina	15
3. Formulación de normas aplicables a las escuelas de medicina	19
3.1 Política sanitaria nacional, normas para la enseñanza de la medicina y determinantes socioeconómicas	19
3.2 Normas aplicables a las escuelas de medicina y consideración académica	23
3.3 Intervención de la colectividad en las normas para la enseñanza de la medicina	25
4. Pautas recomendadas para la enseñanza de la medicina	25

COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN PLANIFICACION
DE PROGRAMAS PARA LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

Ginebra, 10-14 de septiembre de 1973

Miembros :

Profesor S. Abrahamson, Director de la División de Investigaciones sobre Enseñanza de la Medicina y Presidente del Departamento de Enseñanza de la Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de California del Sur, Los Angeles, Cal., Estados Unidos de América (*Correlator*)

Profesor O. O. Akinkugbe, Decano de la Facultad de Medicina, Universidad de Ibadán, Nigeria.

Profesor E. Maurice Backett, Departamento de Salud de la Colectividad, Escuela de Medicina, Universidad de Nottingham, Inglaterra.

Dr. M. Chaves, Representante de la Fundación W. K. Kellog en América Latina, Río de Janeiro, Brasil (*Correlator*)

Profesor J. F. Isakov, Jefe del Departamento de Enseñanza, Ministerio de Sanidad de la URSS, y Profesor de Cirugía Pediátrica, Segundo Instituto de Medicina de Moscú, Moscú, URSS (*Vicepresidente*)

Dr. R. E. Nassif, Director de la Escuela de Medicina, Universidad Americana de Beirut, Líbano.

Profesor P. Pène, Director de la Sección de Formación e Investigaciones de Medicina y Sanidad Tropicales, Universidad de Aix-Marseille, Marsella, Francia.

Profesor V. Hamalingaswami, Director del Instituto Nacional de Ciencias Médicas, Nueva Delhi, India (*Presidente*)

Secretaría :

Dr. E. Braga, Director de la División de Fortalecimiento de Servicios de Salud, OMS, Ginebra, Suiza (*Cosecretario*)

Dr. D. Koch-Weser, Decano Asociado para Programas Internacionales, Escuela de Medicina de Harvard, Boston, Mass., Estados Unidos de América (*Consultor*)

Dr. E. D. Pellegrino, Profesor de Medicina y Vicepresidente de Ciencias de la Salud en la Universidad del Estado de Nueva York, y Director del Centro de Ciencias de la Salud, Stony Brook, N.Y., Estados Unidos de América (*Asesor temporero*)

Dr. R. M. Wiedersheim, Jefe de la Sección de Aprovechamiento de Recursos de Personal de Salud, Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague, Dinamarca (*Cosecretario*)

PLANIFICACION DE PROGRAMAS PARA LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

Informe de un Comité de Expertos de la OMS

INTRODUCCION

Del 10 al 14 de septiembre de 1973 se reunió en Ginebra un Comité de Expertos de la OMS en Planificación de Programas para la Enseñanza de la Medicina. El Dr. W. H. Chang, Subdirector General, abrió la sesión en nombre del Director General y después de dar la bienvenida a los miembros del Comité, pasó a señalar que la OMS ya había organizado varias reuniones de grupos de expertos para debatir los diversos aspectos de la enseñanza de la medicina, y entre ellas la de un Grupo de Estudio sobre los Requisitos Mínimos Internacionalmente Admisibles para la Enseñanza de la Medicina que se reunió en 1961.¹ Existe el propósito, además, de celebrar una reunión en 1974 para examinar la planificación de las escuelas de medicina, y es de esperar que las orientaciones generales que se formulen en dicha reunión sean útiles a la vez para los encargados de establecer nuevas escuelas de medicina (a menudo en zonas geográficas carentes de servicios de salud adecuados) y para los responsables de escuelas de medicina ya establecidas, sobre todo cuando se prevén modificaciones en los programas de estudios.

Se pidió al Comité que en la formulación de pautas para la enseñanza de la medicina tuviera en cuenta los siguientes extremos :

1. Determinación de los factores que pueden influir en las normas para la enseñanza de la medicina.
2. Definición de la función de los licenciados de las escuelas de medicina.
3. Formulación de unas normas aplicables a las escuelas de medicina sobre la base de : a) la política sanitaria nacional ; b) las determinantes económicas ; c) las determinantes académicas ; y d) la participación de la colectividad.

Antes de la reunión del Comité se envió a los miembros del mismo un cuestionario preparado con el fin de recoger información sobre los puntos señalados, y las respuestas recibidas sirvieron de punto de partida para los debates.

¹ *Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1962, N° 239.

1. DETERMINACION DE LOS FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN LAS NORMAS PARA LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

1.1 Perfiles de salud ¹ y posibles normas de vigencia mundial

Con el fin de limitar la extensión de los debates sobre un tema tan amplio, se convino en que, aun siendo cierto que en muchos aspectos la enseñanza de la medicina es inseparable de la enseñanza relativa a otras profesiones de asistencia sanitaria, el presente informe habría de versar casi exclusivamente sobre la enseñanza de la medicina, es decir, sobre la preparación profesional del médico. Así pues, las numerosas referencias a otros miembros del « equipo de asistencia sanitaria » se consideraron únicamente en relación con la formación y la enseñanza del médico.

En un sentido estricto, cabría esperar que las normas para la enseñanza de la medicina se refirieran a grados de capacidad o de conocimientos profesionales. El Comité convino, sin embargo, en que no sería oportuna la formulación de unas normas internacionales de este orden, ni tampoco de unas simples pautas para establecer tales normas. Resulta, en cambio, completamente viable establecer unos objetivos generales para la enseñanza de la medicina y formular generalizaciones sobre principios educativos para la orientación de los grupos encargados de la planificación. Así, pues, los debates del Comité se orientaron hacia el establecimiento de normas de esta clase.

Es evidente que la enseñanza de la medicina debe guardar relación con las necesidades de la sociedad en cuyo seno se desenvuelve. En buen número de sociedades las necesidades sanitarias se encuentran en proceso de rápida modificación, y la política de enseñanza de la medicina debe ser sensible a los cambios que en esas necesidades se produzcan.

En toda nación o sociedad existe fundamentalmente « una base epidemiológica » para la enseñanza de la medicina. En la actualidad se pueden medir con mucha más exactitud la mortalidad, la morbilidad, otras características y modalidades sanitarias y los datos epidemiológicos en general. Así, pues, las informaciones sobre modalidades de salud y prestación de asistencia sanitaria pueden utilizarse con un elevado grado de confianza como base para determinar los objetivos generales de la enseñanza de la medicina y establecer el programa de enseñanza. Sobre la base de esos objetivos generales, las escuelas y los departamentos pueden (y deben)

¹ A los efectos de estos debates, se definió el perfil de salud como el conjunto de los elementos que indican la situación sanitaria de una población, así como los diversos medios utilizados para prestar y evaluar la asistencia sanitaria.

definir sus objetivos docentes en relación con los estudiantes. La definición precisa de los objetivos de la enseñanza¹ es importante para el éxito de cualquier programa de educación, pero un examen detallado de tales objetivos rebasaría el ámbito del presente informe.

Cuando se trata de fijar los objetivos de la enseñanza de la medicina suele indicarse que esta enseñanza deberá atender de manera más acusada a dar a los estudiantes la preparación necesaria para resolver problemas de salud. Algunas veces se formulan críticas contra tal sugerencia, fundándose en que los que desean introducir esa modificación sólo aspiran a preparar « técnicos », es decir, personas que ya no poseerán un fundamento científico amplio y que no sentirán interés por una vida de estudio y de saber. Los críticos sostienen a menudo que hay en realidad dos tipos de escuelas: las que se dedican a enseñar tan sólo técnicas y conocimientos prácticos, dejando en realidad de lado toda ciencia propiamente dicha; y las que hacen hincapié en la ciencia y descuidan casi por completo las técnicas, partiendo del supuesto de que éstas pueden adquirirse más tarde en estudios de perfeccionamiento. En rigor, la medicina es una profesión que requiere una enseñanza equilibrada; dicho de otro modo, una escuela de medicina es una escuela profesional donde los estudiantes deben aprender las ciencias y también un conjunto de habilidades profesionales que habrán de permitirles aplicar sus conocimientos científicos a los problemas de salud.

En toda planificación racional de la enseñanza, la estructura ya existente de los servicios de salud puede constituir una importante fuente de datos, y a aquélla y a la función de estos servicios deberá atenderse. Se supondrá que el estudiante examinará con atención esta estructura y esta función y se habrá de preparar para participar como le corresponda en ese « sistema » de prestación de asistencia sanitaria y también para estudiar y modificar el sistema en cuanto sea necesario. A fin de cuentas, en su calidad de médico, se esperará de él, más tarde, que además de prestar directamente cuidados médicos supervise y evalúe la prestación de la asistencia sanitaria. La política de la enseñanza de la medicina deberá, pues, fomentar también la búsqueda de medios para mejorar la prestación de asistencia sanitaria.

1.2 Las autoridades sanitarias y la libertad académica

Para el Comité resultó evidente que la estructura de poder en el interior de los servicios de salud difiere según las diversas situaciones, y que existen

¹ A los fines de estas deliberaciones los objetivos de la enseñanza son manifestaciones explícitas de lo que se espera sea capaz de realizar el alumno como consecuencia de un período de enseñanza; y deberán encerrar criterios que permitan evaluar los conocimientos, las aptitudes y la habilidad práctica del estudiante.

también diferencias notables en las relaciones entre los gobiernos y demás organismos competentes, por una parte, y, por otra, los que se ocupan de la asistencia sanitaria y de la enseñanza de la medicina. Cualquier generalización acerca de estas relaciones tendría un carácter tan amplio que su utilidad resultaría mínima. Sin embargo, cualesquiera que sean las relaciones de poder, el gobierno (y los demás organismos competentes) necesitarán una información en que basar la política sanitaria nacional.

Siendo así que, como ya se ha hecho observar, la enseñanza de la medicina debe orientarse fielmente hacia los problemas de salud de la sociedad a la que quiere servir, la escuela de medicina debe contar con el personal y los recursos necesarios para llevar a cabo las investigaciones pertinentes en epidemiología, economía y prácticas vigentes de prestación de asistencia sanitaria, con el fin de poder facilitar al gobierno la información necesaria para definir su política de enseñanza de la medicina. Tales actividades de investigación deben desenvolverse a salvo de toda presión política. La libertad académica es indispensable para que los datos obtenidos resulten de la máxima utilidad para el gobierno. Esta libertad, por otra parte, entraña el deber para las facultades académicas de proceder a la evaluación de la asistencia sanitaria y de sus posibles beneficios. En cuanto que esas investigaciones tienen relación con las necesidades de la colectividad, cabe esperar que el gobierno las apoye y garantice la libertad académica.

La planificación debe responder a las necesidades del gobierno y de los educadores. Cuando un gobierno « pide » más médicos, las autoridades académicas de medicina suelen considerar que existe una manifiesta falta de comprensión de los problemas con que tropieza la corporación docente médica. A la inversa, es igualmente importante la tendencia de algunos gobiernos a creer que las autoridades docentes de medicina se preocupan por la « excelencia académica » y los « niveles de calificación profesional » y parecen ignorar las necesidades que restan sin satisfacer, en materia de prestación de asistencia sanitaria, en la misma sociedad a la que sirve la escuela. Manifiestamente se hace indispensable un grado elevado de confianza mutua. El diálogo entre gobierno y organismos de enseñanza debe iniciarse inmediatamente y mantenerse aún después de establecidas la comprensión y las buenas comunicaciones mutuas.

1.3 Normas para la enseñanza de la medicina y necesidades variables en la asistencia sanitaria

Entre las variables que influyen constantemente en las necesidades de los países en cuanto a recursos de personal de salud, figuran el crecimiento demográfico, los cambios en la estructura de edades de la población y en

las formas que adoptan la morbilidad y la mortalidad, el progresivo aumento en la complejidad de la tecnología médica y las modificaciones en el sistema de prestación de asistencia sanitaria. Las autoridades responsables de la enseñanza de la medicina deben mantenerse constantemente atentas a los cambios que se producen en esos factores y a la influencia que pueden ejercer en las necesidades de personal de salud. Por desgracia, la metodología para prever las necesidades de recursos de personal de salud es todavía un tanto imperfecta, sobre todo por cuanto se refiere a determinar las necesidades de especialistas en los diversos sectores de la medicina.

Parece preferible partir de una descripción de los servicios de salud que deben facilitarse. Después, habida cuenta de las necesidades conocidas y de los recursos disponibles, se puede definir la composición del equipo de salud necesario para facilitar aquellos servicios. En determinadas situaciones, cabe en lo posible que disminuya la necesidad de contar con un mayor número de médicos al aumentar la delegación de ciertas funciones en otros tipos de personal de asistencia sanitaria, que pueden resultar especialmente valiosos para dispensar cuidados básicos («de primer contacto») en zonas remotas o mal atendidas. En las zonas urbanas, pueden también ayudar a los médicos excesivamente atareados, manteniéndose en constante contacto con ellos por teléfono. Una experimentación detenida y una renovación de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria, si su evaluación demuestra que son eficaces, podrían producir modificaciones en la necesidad de personal médico. En ese supuesto, caso de continuar al ritmo actual la producción de ciertos tipos de especialistas, podría llegarse a un desequilibrio. Esta posibilidad obliga al examen constante de las proyecciones actuales.

La observación detenida de la situación de los recursos de personal de salud en muchos países pone de manifiesto grandes variaciones en la composición del equipo de salud y en su distribución en el territorio nacional. Los métodos de que se dispone actualmente para la planificación de los recursos de personal de salud dejan todavía mucho que desear, pero a pesar de esas limitaciones algunos países de planificación económica centralizada y en los que los dispositivos para la producción de recursos de personal se hallan bajo la misma dirección que el sistema sanitario, han conseguido una buena distribución del personal médico entre las diversas especialidades. En la mayoría de los países, sin embargo, sigue siendo un grave problema la distribución defectuosa de médicos, tanto en el aspecto geográfico como en lo relativo a las especialidades.

La incorrecta distribución geográfica es un problema más fácil de determinar que de resolver. Por ejemplo, en los países en desarrollo la asistencia médica a las zonas rurales de poca densidad de población es casi inexistente. Aun en zonas más densamente pobladas puede no dispo-

nerse de los servicios de un médico. Este tipo de distribución defectuosa obedece a muchas razones, entre las cuales figuran unas condiciones de vida poco atractivas para los médicos de que podría disponerse, la falta de recursos en el sector público para remunerar debidamente los servicios de tales médicos o el alejamiento (tanto social como geográfico) de las instalaciones para la prestación de cuidados secundarios y terciarios.¹

La distribución irregular de médicos que ejercen en diversos sectores especializados y que prestan asistencia primaria¹ es un problema común. Las especialidades más seductoras, lucrativas o prestigiosas atraen a un número excesivo de candidatos, mientras que sectores de gran interés social como la geriatría, la medicina preventiva, los servicios para adolescentes, la higiene mental y la medicina de familia no atraen candidatos en número suficiente.

Algunas de las causas de este tipo de mala distribución sólo pueden eliminarse mediante acciones y modificaciones que quedan fuera del sistema sanitario, pero otras entran de lleno en ese sistema y cabría establecer contra ellas mecanismos de corrección dentro de una política general de enseñanza de la medicina.

a) *Selección, asesoramiento y orientación profesionales.* Esto es aplicable tanto a los que aspiran a ingresar en las escuelas de medicina como a los estudiantes que durante la carrera desean orientar sus futuras actividades profesionales. A los candidatos no admitidos en las escuelas de medicina o a los estudiantes que fracasaran en algún punto de sus estudios de medicina, se les podría encaminar hacia otras carreras sanitarias. En cuanto a los estudiantes que cursaran con éxito los últimos años de la carrera cabría ayudarles a elegir su futura orientación facilitándoles informaciones fidedignas acerca de las necesidades de la colectividad y de las posibilidades profesionales en los diversos sectores de la medicina.

b) *Modificación de las actitudes y del comportamiento del profesorado.* Uno de los problemas con que se tropieza más a menudo es el de la falta de interés por parte del profesorado de las facultades médicas por la medi-

¹ A los fines de estos debates, se entendió que los términos de asistencia médica primaria, secundaria y terciaria tienen el significado siguiente: *asistencia médica primaria*: asistencia médica de primera línea; por lo común no se limita a determinado tipo de enfermedades ni a determinados grupos de edad. En este ámbito es donde el paciente suele establecer su primer contacto directo con el médico (*Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1964, Nº 267, pág. 4); *asistencia médica secundaria*: asistencia que requiere atención de naturaleza especial, por lo común más elaborada y complicada de lo que podría prestarla el médico general; *asistencia médica terciaria*: asistencia que requiere una atención sumamente especializada y que por lo común sólo puede prestarse en centros destinados ya a este fin y a cargo de médicos capacitados en la especialidad en cuestión.

cina general (o de familia).¹ En algunos lugares más del 90 % de los estudiantes de medicina indican que se proponen cursar alguna especialidad. Ello puede obedecer en parte a los sistemas de retribución ofrecidos más tarde en el ejercicio, pero también a ciertas actitudes desfavorables del profesorado respecto de la medicina general o de familia. Para fomentar ese tipo de medicina habrá que situar a médicos generales o de familia, dentro del profesorado, en cargos o posiciones de la misma importancia que otros especialistas, con lo que se ofrecería a los estudiantes un modelo digno de emulación.

c) *Creación de incentivos económicos.* Conviene establecer recompensas para los que elijan actividades profesionales de mayor interés para la sociedad (por ejemplo, el ejercicio por un periodo de tiempo en una zona rural o donde la asistencia sanitaria sea insuficiente). Tales recompensas pueden ser de carácter directamente económico, pero pueden concederse también en forma de méritos con vistas a un ascenso en la carrera o de oportunidades para estudios de perfeccionamiento. El objetivo, por supuesto, consiste en alentar a los futuros médicos a estudiar (y ejercer) en zonas donde las necesidades sociales sean mayores y contrarrestar al mismo tiempo la tendencia a la especialización excesiva.

d) *Obstaculización del acceso a especialidades con excesivo personal.* Contrariamente, conviene oponer nuevos obstáculos al ingreso en los estudios de perfeccionamiento en especialidades ejercidas ya por un número excesivo de médicos. Además, la creación de experiencias estimulantes de aprendizaje en los sectores donde las necesidades sociales son más acusadas puede contribuir a influir en favor de la orientación hacia esas especialidades. De la misma manera que a los estudios realizados en esos sectores se les debe reconocer la misma categoría que se otorga a los estudios sobre especialidades que tradicionalmente se han venido considerando más importantes, se les deberá dedicar asimismo una parte equitativa en las preguntas de los exámenes finales, de certificado, y de licenciatura.

e) *Motivación mediante las oportunas experiencias de aprendizaje.* Las actividades de salud en el medio rural y la medicina preventiva y de la colectividad pueden resultar pesadas experiencias si se imponen al estudiante como actividades obligatorias fuera del contexto en que éste tiene puestos sus intereses profesionales. Pero cabe modificar esta situación haciendo

¹ *El médico de familia* se caracteriza por estar directa y continuamente a disposición de todos los miembros de las familias asistidas. Los médicos de familia suelen practicar la medicina general, pero también pueden ser internistas (*Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1963, Nº 257, pág. 6). *El médico general* es un médico que no limita el ejercicio de su profesión a ciertas entidades morbosas y cuyos pacientes tienen acceso continuo y directo a sus servicios (*Org. mund. Salud Ser. Inf. técn.*, 1963, Nº 257, pág. 6).

que tales actividades formen parte integrante del verdadero aprendizaje clínico. La medicina comunitaria debe convertirse en una actividad en la que intervengan todo el profesorado y otros departamentos clínicos, además del que se ocupe específicamente de medicina preventiva o social.

La experiencia es lo que enseña a los estudiantes. Teniendo muy presente este importante concepto, hay que crear con la realidad experiencias estimulantes de aprendizaje en sectores de interés social, para los que convenga reclutar nuevo personal médico.

1.4 Factores económicos, sociales, culturales y educativos

La enseñanza de la medicina debe ser sensible a los factores y las limitaciones de orden económico, social, cultural y educativo. Estas fuerzas representan los parámetros que delimitan la libertad de los encargados de establecer la política de enseñanza de la medicina.

Los factores económicos determinan los recursos disponibles para las inversiones de capital, los costos de funcionamiento y la absorción de licenciados en los servicios profesionales dentro del sector público o en el privado. Los factores sociales y culturales se manifiestan en la demanda por parte de la sociedad, de más servicios de un tipo determinado y de más profesionales de una u otra especialidad. Los problemas educativos de las escuelas de medicina fundamentalmente son los mismos que se les plantean actualmente a otras facultades universitarias.

Una política de enseñanza de la medicina que sea sensible no puede despreciar estos factores. Las escuelas de medicina no pueden ser simples espectadores interesados ni instituciones que se limiten a reaccionar ante unas presiones; deben contribuir a configurar los acontecimientos que se desarrollan en la escena de la asistencia sanitaria, y deben esforzarse por orientar la opinión pública si las demandas de la sociedad son erróneas. Deben también influir en el sistema sanitario presente y experimentar a su vez la influencia de éste, y contribuir a su mejoramiento gradual e ininterrumpido.

En el sector de la enseñanza de la medicina esto se ha traducido en una intervención mucho más intensa de las escuelas de medicina en el ámbito del mundo exterior. Ha significado una relación más estrecha con las escuelas de otras profesiones sanitarias, y la creación de centros y facultades de ciencias de la salud (o sus equivalentes). Ha supuesto el comienzo de los debates sobre la conveniencia y las posibilidades de una nueva «Universidad de Ciencias de la Salud», de plena orientación práctica. Un ensayo cuidadosamente planeado demostraría tal vez el valor de esta iniciativa.

Esta acción mutua entre la colectividad y la escuela de medicina ha dado por resultado el establecimiento de acuerdos de colaboración entre departamentos y entre escuelas profesionales de las más diversas disciplinas. Ingeniería biomédica, cibernética y ciencia de las computadoras, nutrición y agricultura, y biología molecular son otros tantos sectores a los cuales se deben de aplicar los principios de la investigación interdisciplinaria.

Por último, se ha registrado un aumento en las transacciones entre las escuelas de medicina y las instituciones que forman el sistema sanitario. En algunos países se han firmado acuerdos oficiales (entre ministerios de sanidad, institutos de seguridad social y la universidad) para emprender actividades coordinadas dentro de un estado o provincia del país. El medio donde se desenvuelve la enseñanza de la medicina fuera del recinto del hospital clínico ofrece oportunidades insólitas para la enseñanza, el servicio y la investigación. Además, esta relación aporta a los servicios de salud un incremento de aptitudes y de competencia profesional que debe facilitar la rápida evolución hacia un sistema de prestación de asistencia sanitaria mucho más coordinado; en otros países el movimiento se ha extendido a varios centros universitarios y no es extraño encontrar en ellos a estudiantes y profesores de medicina, odontología, enfermería, ciencia veterinaria e ingeniería trabajando juntos en beneficio de la colectividad.

El éxito de los experimentos encaminados al mejoramiento de la enseñanza y, al mismo tiempo, de las instituciones de servicio, depende de la interdependencia funcional que debe existir entre todas las partes interesadas, sin que éstas pierdan por esto su propia individualidad. Las comisiones nacionales de planificación deben ejercer una función de gran importancia como puntos nodales para la coordinación de los esfuerzos. Pero una vez iniciada la fase de acción, personal docente, estudiantes y personal de salud de los diversos tipos pueden y deben trabajar juntos sin intromisión alguna en la esfera de acción y las prerrogativas de los demás.

1.5 Influencia del desarrollo económico y social en las normas para la enseñanza de la medicina

Como ya se ha dicho, los administradores y los planificadores de las escuelas de medicina han de estar atentos a las necesidades de la sociedad. Es preciso por consiguiente examinar de qué modo influyen los factores economicosociales en la política de las escuelas de medicina, o, dicho de otro modo, de qué manera puede la sociedad modificar las escuelas de medicina. Es evidente que el desarrollo economicosocial *determina* y, a un tiempo, *limita* la enseñanza médica.

En lo que respecta a las sociedades que tienen un grado de desarrollo social y económico relativamente bajo, el Comité dedicó especial atención

a la prioridad que ha de concederse a la enseñanza de la medicina, particularmente en comparación con otros programas. Hoy día, parece comúnmente admitido que el mejoramiento del nivel de salud ha de ser parte integrante del desarrollo general y que, al propio tiempo, el progreso economicosocial contribuirá a mejorar el estado sanitario.

Los problemas económicos asociados a la enseñanza médica exigen que, siempre que sea posible, se utilicen técnicas menos costosas. En la actualidad se reconoce que, en muchos casos, el personal sanitario distinto de los médicos puede prestar mejor servicio a los países en cuanto a la asistencia a la población se refiere; para la asistencia primaria, el recurrir a los médicos puede convertirse en un lujo y considerarse incluso como un medio menos eficaz de prestar esa asistencia.

Aunque se dé por sentado que, más tarde o más temprano, todos los países, salvo tal vez los muy pequeños, deben disponer de escuelas de medicina, de momento pudiera seguir siendo preciso formar a los médicos en instituciones *regionales*. Claro que cuando un país envía a los estudiantes a formarse en el extranjero pueden surgir ciertos inconvenientes; en primer lugar, una posible falta de adecuación en la formación y, en segundo lugar, el riesgo de que los estudiantes permanezcan en el país donde se instruyen.

Por otra parte, al crear nuevas escuelas de medicina *no* es forzosamente necesario tomar de modelo otras ya existentes. Cabe que no precisen adoptar el mismo programa y estructura que las instituciones que tienen tradicionalmente por finalidad satisfacer las necesidades de sus respectivas colectividades.

Cuando se proponga la creación de una escuela de medicina, habrá de efectuarse, con ayuda de un especialista en economía de salud pública, un estudio de su costo y eficacia en relación con las necesidades de la colectividad. Al propio tiempo, habrán de hacerse estudios epidemiológicos sobre el perfil de salud y las necesidades sanitarias del país, con objeto de determinar el género y el tamaño de la proyectada escuela. Se ha propuesto que todo este proceso se realice por etapas. En la primera etapa se organizarán cursos de formación de personal apto para prestar asistencia sanitaria primaria; estos cursos no estarán forzosamente destinados a la formación de médicos, sino tal vez de personal sanitario de otras categorías. La segunda fase consistirá en formar al personal necesario para prestar asistencia secundaria, y la tercera, en formar al personal destinado a la asistencia terciaria. Es probable que la preparación del personal destinado a prestar asistencia sanitaria secundaria y terciaria resulte considerablemente más costosa que la del personal encargado de la asistencia primaria.

Aun en los casos en que un país haya decidido formar médicos, acaso convenga preparar primero a personal sanitario de otras categorías, para

que desde un principio se pueda instruir a los médicos como miembros de una plantilla de personal sanitario específicamente establecida con el fin de satisfacer las necesidades de una sociedad determinada. Las especialidades clásicas no se deberán empezar a enseñar hasta que haya terminado un plan cuidadosamente establecido durante varios años. Esto significa que, durante cierto periodo de tiempo, se tendrán que utilizar los servicios regionales para prestar asistencia secundaria e incluso durante un mayor periodo para prestar asistencia terciaria, ya que esta última requiere más laboratorios, más personal técnico y más servicios clínicos especializados. En general, se recomendó que las nuevas escuelas de medicina, sean cuales fueren sus recursos financieros, utilicen los hospitales y servicios de salud pública ya existentes. La enseñanza médica deberá organizarse de tal manera que en ella se ponga de relieve la importancia de la asistencia sanitaria primaria en el medio social, cultural y económico en que en definitiva habrán de ejercer los futuros médicos.

En resumen, la sociedad debe ejercer su influencia sobre las escuelas médicas para que éstas orienten las enseñanzas hacia la satisfacción de las necesidades de la colectividad en materia de salud pública. Esta manera de enfocar la enseñanza, igualmente valedera para las naciones industrialmente avanzadas que para los países en desarrollo, permitirá establecer de un modo gradual y planificado unos medios de formación de médicos que estén en consonancia con las condiciones economicosociales de cada país.

2. FUNCION DEL LICENCIADO EN MEDICINA

No se pretende en el presente informe definir con precisión la función o funciones de los graduados de escuelas de medicina. Sí se trata en cambio de exponer de qué manera han de proceder los que proyectan una nueva escuela, para definir esa función o funciones en cuanto concretamente se relaciona con las necesidades del país a cuyo servicio se cree esa escuela.

El primer requisito es que cada escuela — su decano y su claustro de profesores — reconozca la necesidad de definir con claridad y precisión los objetivos de la escuela y la función (o funciones) que hayan de ejercer los licenciados. Por muy ocioso que parezca este consejo, el no haberlo seguido ha causado no poca confusión en cuanto a los fines entre los profesores de la escuelas nuevas y de las ya existentes. Son muchos los posibles cometidos que pueden desempeñar los licenciados en medicina en los países desarrollados. De entre estos posibles cometidos, cada país debe elegir los que resulten más adecuados a su grado de desarrollo economicosocial y a la prioridad que se pretenda dar a la asistencia sanitaria.

Para ayudar a una nueva escuela a determinar la función que desea ver ejercida por sus licenciados, se pueden utilizar por lo menos cinco fuentes de información. Estas fuentes no han de considerarse determinantes. Dicho de otro modo, una vez recogida la información acerca de lo que se espera de los propios licenciados, del profesorado y de la profesión, nada se opone a que se siga ejerciendo el derecho y teniendo la obligación de tomar decisiones relativas a la función que habrán de desempeñar los graduados. Para ayudar a los planificadores a adoptar decisiones sobre las funciones de los licenciados, deberán reunirse los datos siguientes, que no habrán de determinar por sí solos cuál habrá de ser esa función.

a) ¿Qué hacen realmente en el país objeto de la encuesta los licenciados de la escuela (o si se trata de una escuela nueva, los licenciados de otras escuelas) ?

b) ¿Cuáles son, a juicio del profesorado, las funciones (concretas) que ha de desempeñar el licenciado ?

c) ¿Cuáles son, en opinión de los miembros de la profesión, las funciones que habrá de ejercer el licenciado ?

d) ¿Qué es lo que la sociedad espera que hagan los licenciados (es decir, cuáles son las expectativas sociales del país de que se trate) ?

e) ¿Cuáles son los factores epidemiológicos y ecológicos que influyen en las necesidades de asistencia sanitaria del país ?

La experiencia adquirida en las investigaciones ordinarias indica que los datos de la primera categoría, que permiten formarse una clara idea de lo que está haciendo el médico en ejercicio en una sociedad determinada, serán probablemente los de mayor utilidad, por lo menos en la medida en que esos médicos estén dedicados a actividades encaminadas a atender a las necesidades sanitarias de la sociedad. En efecto, uno de los puntos básicos del presente informe es que en todos los países — aun en los dotados de grandes y costosos sistemas de enseñanza médica — se dejan de atender muchas necesidades importantes. Por eso, es indispensable que los encargados de la planificación obtengan información acerca de la función que habrá de ejercer el licenciado, que preparen un programa teniendo en cuenta esta información y que además procuren cerciorarse de que la función atribuida al licenciado corresponde efectivamente a las verdaderas necesidades de la sociedad en lo que respecta a la asistencia sanitaria.

Cabe que una nueva escuela asigne más de una función a los estudiantes graduados en ella, pero sería prudente empezar por definir primero las funciones necesarias para satisfacer las necesidades apremiantes de la sociedad y añadir después otras oportunamente, a medida que las necesi-

dades de esa sociedad se vayan diversificando. Una vez definida la función principal de los licenciados, se habrá de expresar en términos de capacidad de trabajo y de comportamiento. Entonces se podrán establecer el plan de estudios y los métodos didácticos adecuados para conseguir los objetivos expresados. También habrá que decidir si todos los estudiantes han de estar sometidos al mismo plan de estudios sin diferenciación, o si debe haber un « plan de estudios fundamental »¹ acompañado de un « tanteo »² y una especialización temprana, pero esta opción es en realidad secundaria con respecto a la preparación de una definición clara de la función primordial de los graduados.

Importa advertir que existen diversas maneras de preparar el plan de estudios. Para elegir un método determinado, habrán de tenerse presentes las necesidades de cada país. En un país desarrollado, por ejemplo, podría darse a todos los estudiantes al comienzo una formación común que les capacite como médicos de asistencia primaria y, más adelante, se podrían añadir otros programas establecidos en torno al fundamento común, que abarcasen algunas de las otras especialidades.

Una de las innovaciones interesantes de los dos últimos decenios es la aplicación del análisis de sistemas a la enseñanza de la medicina.³ Para averiguar cuál podría ser el plan de estudios fundamental, por ejemplo, el análisis de sistemas empezaría por un análisis de las tareas. Una vez enumerados todos los servicios asistenciales que han de prestar los médicos, se podrá componer la lista de las tareas que hayan de ejecutarse. Luego se analizará esa lista con objeto de determinar las tareas comunes a todos los médicos y de hacer de ese modo una descripción del plan de estudios fundamental. Por último, se relacionará el análisis de tareas con las anteriores consideraciones sobre la definición de funciones y este análisis resultará más valioso si se funda en las cinco fuentes de datos antes mencionadas, sobre todo en el estudio de las funciones que realmente ejerce el licenciado.

¹ A los efectos de estos debates, se entenderá por plan de estudios fundamental los cursos teóricos y las experiencias de aprendizaje comunes a todos los futuros médicos, sean cuales fueren sus respectivas especialidades definitivas.

² A los fines de estas deliberaciones, se entiende por tanteo el proceso que en un plan de estudios permite al estudiante elegir una especialidad (o fijar un interés especial) con anterioridad y estudiar aquellos aspectos del conjunto del plan de estudios de medicina que mejor le han de capacitar para el desempeño de ese cometido especial.

³ Según la definición dada por E. S. Quade se da el nombre de « análisis de sistemas » a « cualquier análisis riguroso que tenga por objeto proponer la adopción de medidas por medio del estudio sistemático de los objetivos, el coste, el rendimiento y los riesgos de distintos criterios y métodos posibles . . . El análisis de sistemas es una manera de considerar o de estudiar problemas complicados de elección en condiciones de incertidumbre. »

No cabe duda de que la actual organización académica de las escuelas de medicina, divididas en cátedras tradicionales, estorba con frecuencia el desarrollo de un sistema docente adaptado a las verdaderas necesidades de la asistencia sanitaria. Habrá que pensar en otros sistemas de organización académica, como por ejemplo la creación de departamentos de carácter interdisciplinario, relacionados con las principales necesidades sanitarias del país. En todo nuevo sistema de organización académica habrá de tenerse presente, por supuesto, lo que acaecerá a los licenciados cuando cambien las necesidades sanitarias de sus respectivos países. Si las enseñanzas que se les imparten están exclusivamente orientadas hacia las necesidades del momento, se corre el riesgo de que no puedan ejercer eficazmente su cometido si esas necesidades sufren un cambio radical.

En lo que respecta a la función de los graduados en las escuelas de medicina, conviene tener en cuenta los puntos siguientes :

1) En los últimos años cada vez ha sido mayor el número de estudiantes que han exigido una definición de los objetivos de la enseñanza médica que reciben, en la que se especifiquen las funciones para las que se preparan.

2) Una vez definida la función, las autoridades académicas han de hacer un esfuerzo consciente y sistemático para orientar el plan de estudios y el profesorado hacia el objetivo fijado. La definición de la función no es más que el principio, y no constituye un fin en sí misma. Una escuela nueva tendrá más probabilidades de conseguir su propósito si no designa más que a profesores dispuestos a consagrarse a ese fin.

3) Si se decide conceder más importancia a la función del médico en la prestación de asistencia primaria, las escuelas de medicina habrán de dar las enseñanzas específicas que correspondan a esa función, como lo harían para cualquier especialidad. En la actualidad, la formación tanto teórica como práctica para la asistencia primaria es con harta frecuencia, más que un programa docente orientado a funciones y tareas claramente determinadas, un conjunto desorganizado de fragmentos de distintas especialidades.

4) Cualquiera que sea la función definida para una escuela determinada, el licenciado habrá de ser capaz de realizar ciertas tareas concretas en el país a que pertenezca la escuela, es decir, que su formación teórica y práctica deberá ser funcional. Es una falta de sentido de la realidad y una pérdida de tiempo y dinero preparar a los licenciados para funciones imposibles de desarrollar por falta del equipo necesario o de otros recursos materiales o humanos.

La definición de la función que habrán de desempeñar los que en ella se gradúen es quizás la tarea más importante que ha de acometer una

escuela nueva. Es éste un problema universal en el campo de la enseñanza de la medicina, lo mismo en los países desarrollados que en los en desarrollo. Estos últimos tienen ante sí una tarea emocionante : pueden señalarles el camino a otros países más avanzados en donde se plantea el mismo problema, pero agravado por un exceso de recursos y unas antiguas tradiciones que impiden lograr el equilibrio entre las necesidades de la enseñanza y las de la asistencia sanitaria. Se trata de un campo de actividad en el que los países en desarrollo deben analizar lo que se ha hecho, pero buscar sus propias soluciones ; éstas deben formar parte integrante de un plan a largo plazo que tenga por última finalidad proporcionar una asistencia y una enseñanza médicas en todos los planos.

3. FORMULACION DE NORMAS APLICABLES A LAS ESCUELAS DE MEDICINA

3.1 Política sanitaria nacional, normas para la enseñanza de la medicina y determinantes socioeconómicas

En la mayoría de los países hay por lo menos tres niveles en que se toman decisiones de principio sobre enseñanza de la medicina : el nacional, el regional y el de cada institución. O sea, que, en cada país existen unas normas que gobiernan la enseñanza de la medicina en el conjunto del territorio. Cuando existen diferencias regionales, se reflejan en las decisiones adoptadas acerca de la enseñanza médica. Por último, naturalmente, cada escuela de medicina fija una política y toma decisiones, en la medida en que se lo permiten las limitaciones y obstáculos que se derivan de las condiciones del país o de la sociedad.

Es indispensable que haya una buena comunicación entre los tres niveles, sobre todo entre cada par de niveles contiguos, y que la política seguida a nivel nacional se refleje en la labor de todas las escuelas de medicina ; también la política regional debe aplicarse en cada escuela, y las normas de éstas no deben estar en contradicción con la política nacional. Sobre este particular, importa insistir una vez más en que las actividades de las escuelas de medicina deben responder continuamente a las necesidades nacionales y de la colectividad y ser compatibles con la situación y los recursos económicos sociales del país.

La rápida evolución de los problemas de salud pública en muchas sociedades exige una especial atención de los encargados de planificar la enseñanza médica. A medida que varían los problemas sanitarios, la

enseñanza de la medicina ha de ir adaptándose para que se pueda seguir preparando a quienes habrán de satisfacer las necesidades de la sociedad. Por otra parte, por muy compleja que sea la medicina enseñada, el conseguir la uniformidad en la formación de graduados (por lo que tiene de conveniente o también cediendo a otras presiones) no servirá para nada si al propio tiempo no se logra que los licenciados comprendan los problemas de salud de la sociedad en que habrán de ejercer sus funciones. Por lo tanto, habrá que hallar unos medios de comunicación que permitan ejercer el debido control y facilitar de modo eficaz los datos sanitarios que se necesiten para influir en la fijación de normas a todos los niveles.

Si se ha aprobado ya un plan sanitario nacional, hará falta estudiar de qué manera es posible influir en las normas aplicadas por las escuelas de medicina para que se ajusten a ese plan. Si semejante plan no existe, el país habrá de encontrar el modo de conseguir que sus escuelas de medicina creen licenciados capaces de hacer frente a las necesidades del país.

Para racionalizar la estructura de la enseñanza, podría empezarse por un análisis de las necesidades médicas y del personal de salud disponible en el país. Los resultados de semejante estudio se traducirían en medidas prácticas mediante la actuación de una comisión de planificación del personal de salud.

Si bien esta comisión debe representar a varios sectores diferentes (por ejemplo, la salud, la enseñanza, la planificación económica, la medicina, las profesiones paramédicas, los órganos de investigación) también habrá de ser lo suficientemente reducida para poder actuar con eficacia. Además, el éxito de sus actividades dependerá de la consideración que le otorguen no sólo los miembros de profesiones médicas, sino también el resto de la sociedad, singularmente, el consumidor. Son varios los riesgos existentes. En primer lugar, las presiones políticas pueden impedir las actividades de esa comisión. En segundo lugar, cuando no se dispone de datos, o son inexactos los que existen, será difícil que la comisión pueda desempeñar su cometido. De cualquier modo, el pasar de la información a la acción es una ardua tarea. Por último, la comisión puede fracasar en su empeño por no ser capaz de entrar en contacto con las escuelas de medicina y no poder influir sobre ellas. En resumen, una comisión de esta índole, aunque esencial, quizás no pueda hacer otra cosa que influir en la política nacional, y pocas veces podrá inspirar la política seguida por escuelas nuevas o en vías de transformación.

En cuanto a los procesos de planificación dentro de una escuela, no cabe duda de que la labor del grupo que en ella tenga a su cargo esta tarea se verá grandemente facilitada por el estrecho contacto con el nivel de planificación inmediatamente superior. Por ejemplo, los representantes de la comisión de planificación, actuando en colaboración con el grupo

encargado de la planificación en cada institución, podrán lograr un perfecto enlace y una buena comunicación.

Los estudiantes constituyen una reserva a menudo no utilizada para la planificación. Hay tres razones para hacerlos intervenir en el proceso de planificación. En primer lugar, son ya consumidores y no tardarán en ser proveedores de asistencia médica, por lo que su participación vendrá a facilitar su aprendizaje. En segundo lugar, por el hecho de tomar parte intensamente en la enseñanza de la medicina vendrán a ser participantes activos dotados de una visión « interna » de la enseñanza médica. Por último, en materia de enseñanza se admite hoy día que un plan de estudios impuesto es con frecuencia menos eficaz que otro que haya sido preparado en consulta con el alumnado.

Entre los principales obstáculos que se oponen a una planificación racional, pueden mencionarse :

- 1) la falta de datos exactos sobre la salud y las disponibilidades de personal sanitario,
- 2) la imposibilidad de poder consultar adecuadamente esos datos, cuando existen,
- 3) la carencia de medios para fijar el orden de prioridad de la asistencia sanitaria, y
- 4) la falta de un cuerpo doctrinal del que se deriven las relaciones entre los problemas de salud y lo que se enseña a los estudiantes.

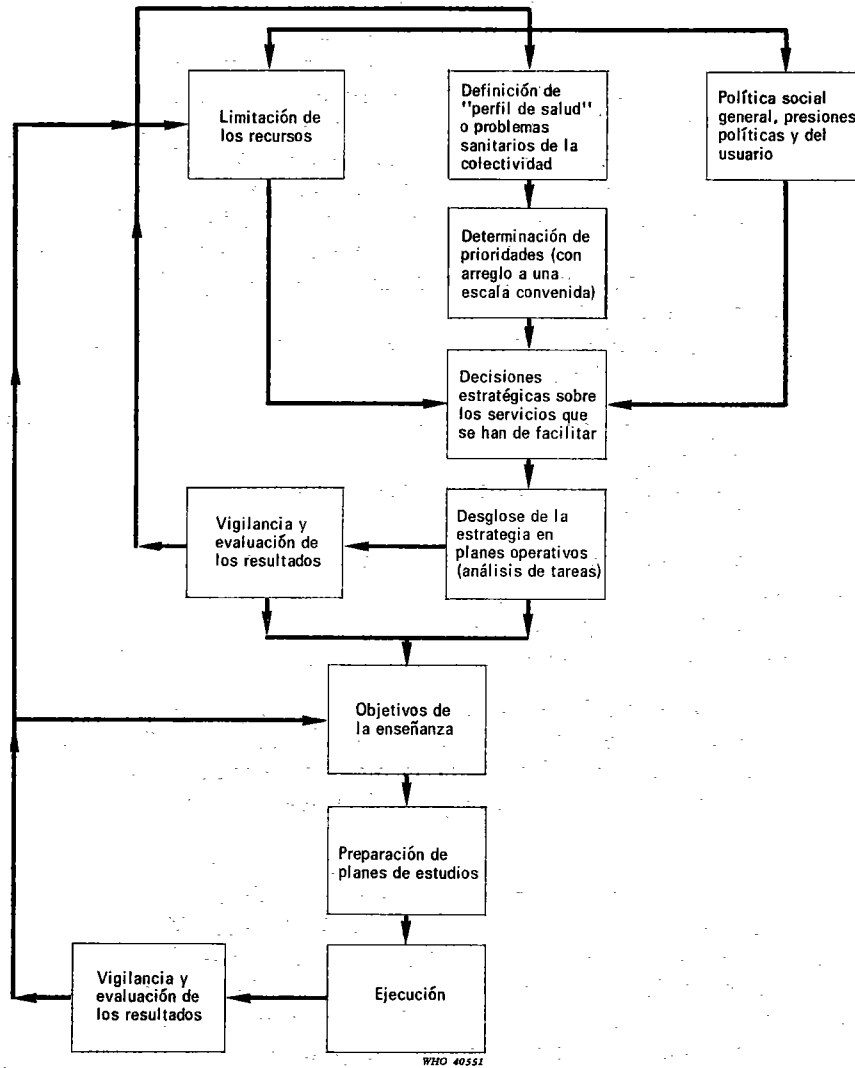
Las escuelas de medicina han de reconocer la obligación que tienen de subsanar estas deficiencias mediante 1) el acopio de datos, 2) la difusión de esos datos, 3) la determinación de medios que permitan fijar las prioridades para la asistencia sanitaria y 4) el establecimiento de un cuerpo doctrinal.

Para establecer un conjunto de criterios sencillos aplicables a la planificación de la formación de personal sanitario, es preciso proceder a las siguientes operaciones: 1) análisis clásico de la situación (problemas sanitarios de la sociedad); 2) determinación del orden de prioridad; 3) adopción de decisiones teniendo en cuenta las limitaciones impuestas por la falta de recursos en relación con la orientación general de la política social y sanitaria, y 4) establecimiento de unos servicios óptimos atendiendo al orden de prioridades.

Una vez decididos los servicios y el personal necesarios, se emprenderá una serie de análisis de tareas como medida preliminar de la definición de los objetivos docentes en torno a los cuales se formulará el programa de enseñanza.

El cuerpo doctrinal se ilustra en el cuadro siguiente :

PLANIFICACION DE LA ENSEÑANZA PARA PERSONAL DE SALUD



Este cuerpo doctrinal tiene muchas limitaciones evidentes (por ejemplo, no es fácil traducirlo a un modelo de « sistemas »), pero ofrece cuando menos un medio gracias al cual la enseñanza de la medicina puede influir en las características de la situación sanitaria. Es evidente que en cada operación habrá que recurrir a la vigilancia y la evaluación.

Como quiera que los procesos descritos cambian constantemente, cabe que un examen ocasional o incluso periódico no sirva para mantener la enseñanza de la medicina continuamente ajustada a las necesidades. Este objetivo sólo puede conseguirse mediante un sistema de examen continuo e integrado. De los varios mecanismos posibles y análogos a los recomendados por la OMS para el examen continuo a nivel nacional, los más frecuentemente utilizados son los departamentos de enseñanza de la medicina, pero sea cual fuere el mecanismo utilizado, no cabe duda de que se convertirá en un instrumento no sólo de examen, sino de modificación de los planes de estudio.

3.2 Normas aplicables a las escuelas de medicina y consideración académica

Hoy día, las universidades y las escuelas de medicina que forman parte de ellas tienen amplias atribuciones sociales. Se reconoce por lo general que la misión de las universidades abarca la enseñanza, la investigación y el servicio a la sociedad. El afán de perfección que se deriva del empeño en lograr un alto nivel académico suele traducirse en los esfuerzos de investigación de los profesores y de los alumnos deseosos de obtener títulos superiores. Este da un fuerte impulso a la organización de las escuelas de medicina y sirve de estímulo a los profesores, moviéndoles a mejorarse profesional y científicamente.

Es posible que en países en una fase temprana de su desarrollo algunos critiquen la universidad, estimando erróneo que se dediquen a la investigación los recursos limitados del país en vez de consagrarlos a actividades docentes y a servicios. Pero no se trata de establecer una disyuntiva, sino de conceder la debida importancia a cada una de las tres actividades principales de la universidad, teniendo en cuenta el orden relativo de prioridad en un momento determinado. Este orden de prioridad deberá variar a medida que cambien también las necesidades del país.

Uno de los principios en que han de inspirarse las normas de una escuela de medicina es el logro de un equilibrio adecuado en la distribución de los fondos entre los trabajos de investigación y otras tareas propias de una escuela médica. Sean cuales fueren las cantidades que se destinen definitivamente a la investigación y a las tareas académicas, lo que importa es que su empleo esté en consonancia con las necesidades de la sociedad.

Las investigaciones de las escuelas de medicina han de estar relacionadas con las necesidades sanitarias de cada país; es importante inculcar al profesorado la noción de que las tareas académicas no sufren ninguna merma cualitativa por el hecho de estar orientadas hacia los problemas prácticos de la colectividad. Las investigaciones que versan sobre determinados problemas inmediatos de salud pública, trátense de enfermedades

transmisibles, de ecología o de nutrición, son tan interesantes para una escuela de medicina como las relativas a cualquier otra materia. Este tipo de investigaciones exige una colaboración entre representantes de distintas disciplinas y puede contribuir, por lo tanto, a evitar el aislamiento entre distintos departamentos.

Además, estas investigaciones pueden resultar más fructíferas que los trabajos aislados en cada disciplina. Los resultados conseguidos por varios institutos de investigación orientados hacia una misión concreta sobre agricultura, muestran lo que puede hacerse en poco tiempo mediante la concentración de una « masa crítica » de investigadores pertenecientes a diferentes disciplinas para buscar soluciones a problemas de gran repercusión social.

Las investigaciones que las escuelas de medicina emprendan sobre los problemas de salud de la colectividad requieren la participación de epidemiólogos, clínicos y especialistas en ciencias sociales, tanto como la de investigadores sobre las ciencias fundamentales clásicas. Preciso es subrayar que la investigación interdisciplinaria no tiene que ser costosa, ni siquiera de « gran calidad », para resultar eficaz. Se pueden hacer economías considerables compartiendo el uso del equipo.

Hay que evitar que un equipo costoso permanezca ocioso por atenerse al erróneo criterio de que « pertenece » a un departamento determinado. Las escuelas de medicina deben adoptar una reglamentación interna en virtud de la cual se pueda utilizar todo el equipo disponible para el mayor beneficio de todas las partes interesadas.

En resumen, si bien han de tenerse siempre presentes los factores académicos y ha de dárseles la importancia que merecen al formular una política, han de estimularse también los trabajos de investigación relativos a importantes problemas de salud de la colectividad, de acuerdo con los recursos disponibles para las investigaciones biomédicas. Estas tienen por finalidad última la solución de problemas sanitarios importantes, pero las investigaciones sobre ciencias fundamentales tienden a estar más alejadas de los problemas inmediatos y por eso pueden probablemente llevarse a cabo con más eficacia en las escuelas de aquellas sociedades que pueden sufragar mejor esos trabajos. La fijación de un orden de prioridades aplicable a las investigaciones, por consiguiente, debe ser el resultado de un examen detenido de la importancia y de la gravedad de los problemas sanitarios, por una parte, y del volumen y de la disponibilidad de los recursos y apoyos necesarios, por otra.

No obstante, es evidente que las actividades de investigación reportan unos beneficios que rebasan los que supone la aplicación inmediata de sus resultados. Esos trabajos contribuyen a mejorar la formación del profesorado y sirven, además, para estimular el espíritu científico entre los

estudiantes que participan en ellos. Sin duda alguna, la actitud científica es importante en la preparación de los estudiantes para el futuro ejercicio de su profesión. Sin espíritu crítico y sin un afán constante de adquirir nuevos conocimientos, el graduado de una escuela de medicina podrá sentirse incapaz de adaptarse a nuevos sistemas de prestación de asistencia sanitaria o a nuevas prácticas y conceptos y, por lo tanto, no estará ya en condiciones de contribuir al máximo a satisfacer las necesidades sanitarias de la sociedad en que viva.

3.3 Intervención de la colectividad en las normas para la enseñanza de la medicina

La participación general de la colectividad es muy importante para la determinación conjunta de las normas que se han de aplicar a la enseñanza de la medicina, pero no ha de influir en forma directa en la adopción de decisiones de carácter técnico. Se procurará por todos los medios que queden claramente expuestas a la opinión pública las agudas necesidades sanitarias de la colectividad y, de ser necesario, habrá que incitar a la crítica.

Es importante determinar quiénes dirigen ideológicamente y quiénes están en condiciones de movilizar la opinión pública y organizar la acción. La colectividad debe quedar persuadida de que los esfuerzos que despliega redundan en su propio beneficio y ser capaz de indicar, en líneas generales, en qué medida considera indispensable modificar la política para atender a las necesidades del país. « Intervención » no significa « control », porque éste encierra el peligro de paralizar la organización y la ejecución. Así, pues, es importante lograr un buen equilibrio funcional entre la comprensión y el control general.

Se da por sentado que los principios generales de las normas para la enseñanza de la medicina se ajustan a una política social general, y que con la intervención de la colectividad se consigue la máxima observancia de dichos principios.

4. PAUTAS RECOMENDADAS PARA LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

Teniendo en cuenta que la formación de médicos y demás personal sanitario debe ir concretamente encaminada a satisfacer las principales necesidades sanitarias de la sociedad en la que han de actuar, se proponen las siguientes pautas con el fin de asistir a las autoridades que han de decidir y planificar las normas para el establecimiento de una nueva escuela de

medicina, para la reforma del sistema de una ya existente o, sencillamente, para determinar si las políticas y objetivos de dicha escuela se ajustan a las necesidades sanitarias de la colectividad.

1. La determinación de los principales problemas y necesidades de salud pública ha de basarse en lo siguiente: *a)* el perfil de salud de la sociedad a que ha de servir y el orden de prioridad establecido en función de la prevalencia y la gravedad de los problemas de salud y de la posibilidad de combatirlos; y *b)* la forma en que la propia sociedad concibe sus problemas y necesidades sanitarias.

2. Las autoridades competentes efectuarán una selección óptima de los servicios que han de facilitarse, teniendo debidamente en cuenta: *a)* la estructura de la política social general del país, *b)* la limitación de los recursos y *c)* el orden de prioridad asignado a las necesidades y los problemas de salud.

3. La clase y la amplitud de los servicios que se hayan de prestar servirán de base para determinar la política de personal, es decir, para definir el tipo y cantidad de personal sanitario que se necesita para prestar y evaluar los servicios previstos y la función que habrán de cumplir. Sin disponer de estos datos o, al menos, de las aproximaciones correspondientes, no se deberá proceder a formular las normas para la enseñanza de la medicina.

4. La organización actual y futura de la enseñanza de la medicina se fundará en consultas con autorizados representantes de la universidad, la escuela de medicina, los profesionales en ejercicio, los ministerios de sanidad, de educación, de hacienda y de planificación (o sus equivalentes) y la colectividad a quien esté destinada, y en los datos que éstos faciliten. El método más eficaz consiste en la creación, desde un principio, de un comité de planificación compuesto de dichos representantes, y en la adopción de medidas para lograr la continuidad de la participación de estos representantes en las futuras actividades de la nueva escuela o de la ya existente.

5. Después de proceder al análisis de funciones se pasa a la descripción de los puestos ¹ de quienes facilitan estos servicios (destinados a satisfacer las necesidades sanitarias).

6. En función de estas descripciones de puestos se establecerán los objetivos de la enseñanza.

7. En la mayoría de los países, el objetivo final será la prestación de una gama completa de servicios de salud (de asistencia primaria a terciaria)

¹ A los efectos de estos debates, la descripción de puestos equivale a la definición de las funciones del personal médico.

para los cuales se tenderá a formar personal nacional. Sin embargo, en la práctica es prudente que una nueva escuela escalone sus actividades para la consecución de este objetivo, comenzando por los servicios y el personal más necesarios, recurriendo temporalmente a una ayuda complementaria exterior y agregando luego otros programas, a medida que las condiciones lo permitan. Es esencial establecer un plan de este tipo, conforme a un determinado calendario de actividades.

8. Un factor capital para la atención de las principales necesidades de salud es la disponibilidad de un personal sanitario suficiente y debidamente adiestrado para el cumplimiento de múltiples tareas; es pues indispensable orientar profesionalmente a los futuros médicos hacia las especialidades sanitarias de más demanda mediante *a)* la selección, el asesoramiento y la orientación profesionales; *b)* la modificación de las actitudes y del comportamiento del profesorado; *c)* la creación de incentivos económicos; *d)* la obstaculización del acceso a especialidades con excesivo personal; y *e)* la motivación mediante las oportunas experiencias de aprendizaje.

9. Desde el principio, el grupo de planificación considerará la escuela de medicina como un recurso social y académico que ha de utilizar siempre en provecho de la colectividad en que radica.

10. Siendo deber ineludible de toda nueva escuela velar por la correspondencia entre la función que cumplen sus licenciados y las necesidades de la sociedad, los planes de estudios deberán comprender, además de las disciplinas «básicas» más tradicionales, las enseñanzas sobre ciencias sociales y del comportamiento.

11. Sólo se contratará personal para una escuela de medicina *después que* se hayan establecido los objetivos para la selección de quienes deban poner en práctica las políticas pertinentes.

12. Si uno de los objetivos de la escuela es la formación de médicos que presten asistencia primaria, será indispensable dar a estas actividades el rango de especialidad, con la consiguiente necesidad de establecer un programa especial de enseñanza y conceder a los médicos una categoría y unos privilegios académicos análogos a los que se otorgan a otros especialistas.

13. En todas las escuelas de medicina, sobre todo en las que se especializan en la formación de médicos para la asistencia primaria, se facilitarán las experiencias de aprendizaje en medios muy semejantes a aquellos en los que el médico, en última instancia, haya de ejercer su profesión: centros de salud de la colectividad, servicios rurales de sanidad, establecimientos de higiene maternoinfantil, etc.

Las funciones del Comité comprendían la preparación de pautas para 1) la determinación de los factores que pueden influir en las normas para la enseñanza de la medicina ; 2) la definición de la función de los licenciados de las escuelas de medicina ; y 3) la formulación de unas normas aplicables a las escuelas de medicina. El Comité advirtió claramente que el examen de todos los aspectos de la enseñanza de la medicina, sobre todo en el contexto mundial, dificulta enormemente el cumplimiento de esta misión. Así pues, muchas de las manifestaciones hechas en el informe tal vez parezcan más pertinentes o aplicables a los países en desarrollo que a los desarrollados, o mejor a las nuevas escuelas de medicina que a las establecidas desde hace tiempo. Sin embargo, la intención del Comité era que todas esas manifestaciones se consideren válidas para todos los países y escuelas.

Al formular las normas para la enseñanza será conveniente tener en cuenta, además de las pautas anteriormente recomendadas, las importantes características de la enseñanza de la medicina que se indican a continuación :

a) Ingreso en las escuelas de medicina. En muchos países se han entablado grandes discusiones acerca de la utilidad relativa de una política de « libre » admisión. ¿ Se ha de permitir el ingreso en la escuela a todos los aspirantes, con el consiguiente riesgo de promociones excesivamente numerosas de médicos altamente calificados, a los que se asignarán luego funciones muy inferiores a sus posibilidades ? ¿ Deben ingresar todos los candidatos y diplomar luego únicamente el número que la sociedad necesita, suprimiendo de esa manera el problema de la excesiva disponibilidad de personal, pero frustrando al mismo tiempo a un número elevado de alumnos ? ¿ O, por último, se permitirá el ingreso únicamente al número de alumnos necesario escogiéndolos entre los mejores candidatos y eludiendo así el problema de la oferta excesiva de personal médico y la posible frustración a más largo plazo de muchos estudiantes, pero rechazando al mismo tiempo a alumnos posiblemente bien dotados, cuya actuación podría muy bien igualar e incluso superar la de los admitidos ? Es éste un problema universal que probablemente haya que resolver a nivel nacional, regional e incluso, en algunos casos, académico. Lo importante es que las decisiones acerca de la política de ingreso sean el resultado de una minuciosa y ponderada aplicación de razonamientos semejantes a los descritos en este informe. Indudablemente, la norma por que se rija el ingreso en las escuelas de medicina se fundará en factores como las necesidades sanitarias de la sociedad, la situación del personal de salud y los recursos humanos y materiales disponibles para la enseñanza de la medicina y la formación de personal sanitario de otras especialidades.

b) *Evaluación de la nueva política de enseñanza.* Cabe prever que la introducción de una nueva política docente entrañará cambios en los programas, en la administración, en el rendimiento de los alumnos, en la enseñanza o en varios de estos elementos a la vez. Por difícil que sea, será preciso procurar por todos los medios reunir datos que permitan evaluar los efectos del cambio de política, para lo cual es indispensable conocer la situación general previa a su aplicación.

c) *Formación de personal en el servicio.* La introducción de una nueva política docente requiere una adecuada formación en el servicio del personal con objeto de capacitarlo para ponerla en ejecución. Esta observación podría parecer superflua si no fuera por el inquietante número de reformas que se introducen sin prever ninguna enseñanza o preparación del personal, como suele suceder cuando se estima que dichos cambios «no son muy importantes» y, por consiguiente, no exigen medidas especiales. Ocurre lo mismo cuando las limitaciones presupuestarias se consideran demasiado restrictivas para permitir la adopción de las medidas pertinentes. Sean cual fueren las causas, no siempre se concede la importancia debida a la formación en el servicio.

d) *Enseñanza permanente del médico.* Lo dicho sobre la enseñanza básica de la medicina se aplica también perfectamente a la constante ampliación de los conocimientos del médico ya graduado. El estudio de la medicina ha venido a ser una tarea de por vida y no sólo el médico en ejercicio, para cumplir su deber con la sociedad, ha de adquirir competencia técnica en su especialidad sino conservarla, no perder jamás de vista las necesidades sanitarias de la colectividad en la que ejerce y responder con ánimo a todo cambio que en ellas se produzca.

**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS**

Informes recientes y en preparación :

Nº		Fr. s.
488	(1972) Evaluación de los aditivos alimentarios 15º informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (46 páginas)	4,—
489	(1972) Consecuencias de los sistemas didácticos individuales y en pequeños grupos para la enseñanza de la medicina Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (31 páginas)	4,—
490	(1972) Métodos de acopio y notificación de datos sobre abastecimiento público de agua Informe de un Grupo Científico de la OMS (26 páginas)	3,—
491	(1972) Planificación y organización de servicios de laboratorio de salud Quinto informe del Comité de Expertos de la OMS en Servicios de Laboratorio de Salud (40 páginas)	4,—
492	(1972) Uso de radiaciones ionizantes y de isótopos radiactivos en medicina Informe de un Comité Mixto de Expertos OIEA/OMS (60 páginas)	4,—
493	(1972) Comité de Expertos de la OMS en Erradicación de la Viruela Segundo informe (68 páginas)	5,—
494	(1972) Etiología y prevención de la caries dental Informe de un Grupo Científico de la OMS (21 páginas)	3,—
495	(1972) Opiáceos y sucedáneos como analgésicos y béquicos Informe de un Grupo Científico de la OMS (20 páginas)	3,—
496	(1972) Inmunología clínica Informe de un Grupo Científico de la OMS (52 páginas)	4,—
497	(1972) Anomalías genéticas : prevención, tratamiento y rehabilitación Informe de un Grupo Científico de la OMS (49 páginas)	4,—
498	(1972) Vigilancia farmacológica internacional : Función de los centros nacionales Informe de una reunión de la OMS (52 páginas)	4,—
499	(1972) Organización de las administraciones locales e intermedias de sanidad Informe de un Comité de Expertos de la OMS (27 páginas)	3,—
500	(1972) Enterovacunas bacterianas orales Informe de un Grupo Científico de la OMS (36 páginas)	4,—
501	(1972) Ecología de los vectores Informe de un Grupo Científico de la OMS (42 páginas)	4,—
502	(1972) Residuos de plaguicidas en los alimentos Informe de la Reunión Conjunta FAO/OMS de 1971 (61 páginas)	4,—
503	(1972) Anemias nutricionales Informe de un Grupo de Expertos de la OMS (32 páginas)	4,—
504	(1972) Trastornos hereditarios de la coagulación Informe de un Grupo Científico de la OMS (52 páginas)	4,—
505	(1972) Evaluación de diversos aditivos alimentarios y de los contaminantes mercurio, plomo y cadmio 16º informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (38 páginas)	4,—
506	(1972) Criterios y pautas de salubridad del aire en relación con ciertos contaminantes del medio urbano Informe de un Comité de Expertos de la OMS (38 páginas)	4,—

Nº		Fr. s.
507	(1972) Psicogeriatría Informe de un Grupo Científico de la OMS (52 páginas)	4,—
508	(1972) Enseñanza y formación profesional para la planificación de la familia en la acción sanitaria Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (31 páginas)	3,—
509	(1972) Tratamiento de las hemoglobinopatías y de los trastornos afines Informe de un Grupo Científico de la OMS (88 páginas).	5,—
510	(1972) Principios estadísticos aplicables a los estudios prácticos de salud pública 15º informe del Comité de Expertos de la OMS en Estadística Sanitaria (35 páginas)	4,—
511	(1972) Criterios de higiene del medio aplicables a la ordenación urbana Informe de un Grupo Científico de la OMS (39 páginas)	4,—
512	(1973) Hepatitis vírica Informe de un Grupo Científico de la OMS (57 páginas)	4,—
513	(1973) El empleo inocuo de plaguicidas 20º informe del Comité de Expertos de la OMS en Insecticidas (59 páginas)	4,—
514	(1973) Estimulantes de la función gonadal humana Informe de un Grupo Científico de la OMS (32 páginas)	4,—
515	(1973) Lucha contra la esquistosomiasis Informe de un Comité de Expertos de la OMS (52 páginas)	4,—
516	(1973) La juventud y las drogas Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (48 páginas)	4,—
517	(1973) Aprovechamiento de efluentes: métodos y medidas de protección en el tratamiento de aguas servidas Informe de una reunión de expertos de la OMS (69 páginas)	5,—
518	(1973) Prevención de la ceguera Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (21 páginas)	3,—
519	(1973) Inmunidad celular y resistencia a las infecciones Informe de un Grupo Científico de la OMS (63 páginas)	5,—
520	(1973) La función reproductiva en el varón Informe de un Grupo Científico de la OMS (37 páginas)	4,—
521	(1973) Formación teórica y práctica del personal docente de las escuelas de medicina y de ciencias de la salud Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (35 páginas)	4,—
522	(1973) Necesidades en energía y en proteínas Informe de un Comité Especial Mixto FAO/OMS de Expertos (130 páginas) (<i>en preparación</i>)	7,—
523	(1973) Rabia Informe de un Comité de Expertos de la OMS (61 páginas)	4,—
524	(1973) Farmacogenética Informe de un Grupo Científico de la OMS (45 páginas)	4,—
525	(1973) Residuos de plaguicidas en los alimentos Informe de la Reunión Conjunta FAO/OMS de 1972 (65 páginas)	4,—
526	(1973) Farmacodependencia Informe de un Comité de Expertos de la OMS (44 páginas)	4,—
527	(1973) Progresos en los métodos de regulación de la fecundidad Informe de un Grupo Científico de la OMS (44 páginas)	4,—
528	(1973) Evaluación de programas de higiene del medio Informe de un Grupo Científico de la OMS (71 páginas)	5,—

PUBLICACIONES DE LA OMS

TARIFAS Y CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN (1974)

Suscripción global

La suscripción global comprende todas las publicaciones de la OMS, esto es, la suscripción combinada IV y, además, la *Serie de Monografías* y publicaciones fuera de serie, inclusive los volúmenes, pero no las diapositivas, de la Clasificación Histológica Internacional de Tumores.

£90,00 \$210,00 Fr. s. 600,—

Suscripciones combinadas

Para las suscripciones combinadas a dos o más publicaciones, se aplican las tarifas especiales siguientes :

Suscripción

I <i>Bulletin, Crónica, Serie de Informes Técnicos y Cuadernos de Salud Pública</i>	}	£29,00	\$ 68,00	Fr. s. 195,—
II <i>World Health Statistics Report y World Health Statistics Annual</i>		£22,00	\$ 52,00	Fr. s. 150,—
III <i>World Health Statistics Report, World Health Statistics Annual y Weekly Epidemiological Record</i>	}	£30,00	\$ 70,00	Fr. s. 200,—
IV <i>Bulletin, Crónica, Serie de Informes Técnicos, WHO Food Additives Series, WHO Pesticide Residues Series, Cuadernos de Salud Pública, Actas Oficiales, International Digest of Health Legislation, World Health Statistics Report, World Health Statistics Annual, Weekly Epidemiological Record y Salud Mundial</i>		£72,00	\$168,00	Fr. s. 480,—

El Servicio de Distribución y Venta indicará con mucho gusto el precio de cualquier otra suscripción combinada que se desee.

Tarifas normales de suscripción

<i>Bulletin</i> , vols. 50 y 51 (12 números)	£18,00	\$42,00	Fr. s. 120,—
<i>Crónica</i> , vol. 28 (12 números)	£ 2,70	\$ 6,30	Fr. s. 18,—
<i>International Digest of Health Legislation</i> , vol. 25 (4 números)	£ 7,50	\$17,50	Fr. s. 50,—
<i>Serie de Informes Técnicos</i>	£10,50	\$24,50	Fr. s. 70,—
<i>WHO Food Additives Series</i>	£ 2,40	\$ 5,60	Fr. s. 16,—
<i>WHO Pesticide Residues Series</i>	£ 2,40	\$ 5,60	Fr. s. 16,—
<i>Actas Oficiales</i>	£ 9,00	\$21,00	Fr. s. 60,—
<i>World Health Statistics Report</i> , vol. 27 (12 números)	£10,50	\$24,50	Fr. s. 70,—
<i>Weekly Epidemiological Record</i> , año XLIX (52 números)	£ 9,00	\$21,00	Fr. s. 60,—
<i>Vaccination Certificate Requirements for International Travel</i>	£ 1,80	\$ 4,20	Fr. s. 12,—
<i>Salud Mundial</i> , vol. 27	£ 2,40	\$ 5,60	Fr. s. 16,—

Las suscripciones pueden efectuarse por mediación de los depositarios de las publicaciones de la OMS solamente por años civiles (*de enero a diciembre*). Los precios pueden modificarse sin previo aviso.

* * *

Además de un ejemplar de muestra, se remitirá gratuitamente a quien lo solicite un catálogo de las publicaciones de la OMS.