

# Marco conceptual de la educación médica en la América Latina

FiCitt

DR. JORGE ANDRADE<sup>1</sup>

## SEGUNDA PARTE<sup>2</sup>

### LA INFLUENCIA FORANEA Y SUS INSTRUMENTOS

Un análisis histórico de la educación médica destinado a indagar no solo la secuencia de los hechos sino también los posibles mecanismos que los gobiernan y las causas que los generan, exige abarcarse un período de tiempo suficientemente largo y correlacionar la evolución de la educación médica con la de numerosas otras variables.

En educación médica, la investigación histórica puramente descriptiva ha sido escasa y los análisis del tipo arriba descrito casi inexistentes.

Con esta breve reseña de ninguna manera pretendemos llenar el importante vacío que representa la falta de conocimientos fundamentales en este campo; su propósito consiste en servir de marco de referencia para algunas de las discusiones que vendrán más adelante.

Los comentarios que siguen se refieren particularmente a la América Latina y abarcarán, de manera casi exclusiva, el período posterior al término de la Segunda Guerra Mundial, momento en que se produjo un cambio fundamental en las relaciones de dependencia económica y cultural de los países latinoamericanos.

En efecto, el resultado final de la mencionada conflagración, trajo como consecuencia la disminución de la influencia económica, política y cultural de la Europa continental, tanto en la América Latina como en todo el mundo. Es bien sabido que en las escuelas de medicina de la mayoría de los países latinoamericanos, tanto Francia como Alemania ejercieron una gran influencia a partir de la independen-

<sup>1</sup>El Dr. Jorge Andrade falleció en agosto de 1976. Fue funcionario de la Organización Panamericana de la Salud y Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, su país natal.

<sup>2</sup>La Primera Parte de este estudio fue publicada en *Educ méd salud* 12 (1), 1-19, 1978.

CONFLAGRACIÓN = conuocion violenta  
incendio

cia de España y durante la primera mitad del presente siglo. Al finalizar la Segunda Guerra Mundial tal influencia decreció y la de los Estados Unidos de América se hizo evidente a través de diversos mecanismos.

Conviene recordar que, a partir de 1910, las escuelas de medicina de los Estados Unidos sufrieron una importante transformación en su proceso docente y en su organización. Los cambios tuvieron como base el muy conocido informe Flexner (1) y consistieron, sustancialmente, en la adscripción de las escuelas de medicina a las universidades, la creación de departamentos, la individualización y el desarrollo creciente de la enseñanza y la investigación en ciencias básicas, y la incorporación del hospital a las escuelas de medicina para ser utilizado como campo fundamental del adiestramiento clínico.

La influencia del informe Flexner se extendió—consolidándose prácticamente sin cuestionamiento—hasta la segunda mitad del decenio de 1940, cuando surgió, en la Escuela de Medicina de la Universidad de Western Reserve<sup>3</sup> (Cleveland, Ohio), el concepto de enseñanza integrada de las ciencias básicas, el cual, en cierto modo, representaba un alejamiento de alguno de los postulados flexnerianos. La reforma iniciada en dicha Universidad se extendió rápidamente a otras escuelas, tal como lo señala Lee en una revisión de las reformas acaecidas en algunas escuelas de medicina de Norteamérica entre 1950 y 1960 (2).

Por otra parte, en noviembre de 1952, tuvo lugar en Colorado Springs, una Conferencia sobre la Enseñanza de Medicina Preventiva en la que estuvieron representadas 76 escuelas de medicina de los Estados Unidos y Canadá. En el informe de dicha Conferencia (3) se responsabiliza a la reforma de Flexner de haber contribuido a crear una separación entre la medicina curativa y la preventiva y a la pérdida de la visión del paciente “como un individuo, miembro de una familia y de una comunidad”. Si bien para la fecha de esa Conferencia 54 de 83 escuelas de medicina de los Estados Unidos ya tenían un departamento independiente de medicina preventiva, el evento sirvió para sentar las bases de lo que en ese entonces se supuso sería la enseñanza de una “medicina integral”, para consolidar los departamentos de medicina preventiva que ya existían, y para estimular su creación en aquellas escuelas que aún no los tenían.

<sup>3</sup>Actualmente denominada Case Western Reserve.

Un acontecimiento estrechamente relacionado con el precedente fue la publicación, en 1953, de los "objetivos de la educación médica de pregrado" acordados en 1952 por la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAMC) (4). Ya en diciembre de 1951 la Asociación Médica Americana (AMA) había aprobado un documento sobre requisitos mínimos para la acreditación de escuelas de medicina.

Las referencias precedentes a acontecimientos relacionados con la educación médica en los Estados Unidos resultan de interés porque todos ellos tuvieron después algo que ver con las diversas propuestas de cambio sometidas a la consideración de las escuelas de medicina de la América Latina.

Antes de seguir adelante, conviene recordar que, a comienzos de los años 50, la Fundación Rockefeller promovió la creación de las Facultades de Medicina de la Universidad del Valle, en Cali, Colombia, y de Riberão Preto, en la Universidad de São Paulo, Brasil. Dichas escuelas fueron establecidas siguiendo, en buena medida, el modelo flexneriano modificado con las recomendaciones de la Conferencia de Colorado Springs y las ideas y principios contenidos en los documentos antes citados de la AAMC y de la AMA.

Por otra parte, en 1955 se llevó a cabo en Cali el Primer Seminario de Educación Médica en Colombia, evento de especial importancia porque fue el primero de su naturaleza realizado en la América Latina. Las conclusiones de dicho Seminario (5) se refieren a asuntos que, en alguna medida, siguen siendo discutidos en la actualidad. Se recomendó, entre otras cosas, organizar las escuelas de medicina en departamentos; crear el departamento de medicina preventiva; procurar coordinar horizontal y verticalmente la enseñanza de las diversas asignaturas; incrementar el número de profesores a tiempo completo y a dedicación exclusiva; establecer el internado hospitalario de un año de duración como requisito para la obtención del grado de médico, y adoptar sistemas de limitación de matrícula (cupos) y de selección de los candidatos a ser admitidos en las escuelas. El Seminario adoptó asimismo los objetivos de la educación médica de pregrado aprobados en 1952 por la AAMC (4). Además, recomendó la creación de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (que tuvo lugar en 1959). Esa recomendación luego fue generalizada a los demás países latinoamericanos en la Primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina, reunida en México en 1957 bajo los auspicios de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL).

La Segunda Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina (Montevideo, 1960), recomendó el establecimiento de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), lo cual tuvo lugar durante la Tercera Conferencia (Viña del Mar, 1962).

La Fundación de la FEPAFEM ha estado, durante años, sujeta a polémica y señalada como un caso de influencia de los Estados Unidos en la solución de los problemas educativos latinoamericanos.

En efecto, la Primera Conferencia emitió un documento conocido como la "Declaración de México sobre Educación Médica en América Latina" (6), en el cual se recomendaba "la creación de asociaciones nacionales de facultades o escuelas de medicina y su correlación entre ellas".

A partir de 1966, la FEPAFEM comenzó a convocar conferencias bianuales de educación médica de carácter panamericano y la UDUAL siguió patrocinando conferencias también bianuales en las que solo participan facultades de la América Latina.

Este conflicto señala una profunda división en cuanto a la actitud frente a la influencia norteamericana en la educación médica en América Latina, al mismo tiempo que permite comprender algunos de los mecanismos puestos en juego para ejercerla.

En efecto, la FEPAFEM, fortalecida por la asistencia económica de fundaciones privadas de los Estados Unidos, ha podido desarrollar una estructura operativa permanente y adelantar programas que ejecuta a través de las asociaciones nacionales a ella afiliadas. La UDUAL, en cambio, al no disponer de suficiente apoyo económico, se ha tenido que limitar a continuar patrocinando conferencias bianuales en tanto que, en el período que media entre ellas, su actividad en relación con la educación médica se reduce notablemente.

No podemos dejar de hacer referencia al importante papel que, en algunos aspectos, ha desempeñado en todo este proceso la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (7). Dicha entidad creó durante la década de 1950, una Unidad de Educación y Adiestramiento que luego se transformó en el Departamento de Educación Médica. Hacia 1965 este adquirió el nombre de Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos y en 1975 fue creada la División del mismo nombre (hoy, División de Recursos Humanos e Investigación).

El Seminario de Cali, así como algunos de los que le siguieron en otros países, fueron copatrocinados por la OPS. Igualmente lo fue la fundación de la FEPAFEM, la cual fue luego reconocida por la OPS como "organismo no gubernamental representativo de las facultades y escuelas de medicina de las Américas".

Los programas de la OPS en relación con la educación médica estuvieron, en un principio, casi exclusivamente dirigidos a fomentar la creación de los departamentos de medicina preventiva y social (8). A partir de 1962 comenzaron a realizarse los "Laboratorios de Relaciones Humanas y Enseñanza Médica" y en 1965, la OPS publicó el libro del Dr. Edward M. Bridge titulado *Pedagogía médica*, el cual tuvo amplia difusión en las escuelas de medicina de la América Latina, a las cuales estaba dirigido (9).

En 1964, la OPS copatrocinó la iniciación del Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia (10), el cual representó el comienzo de un nuevo enfoque en la formación de personal de salud, como lo es la planificación de recursos humanos (11).

A partir de 1966 se inició un extenso estudio que abarcó 107 escuelas latinoamericanas de medicina y que culminó con la publicación del libro de J. C. García titulado *La educación médica en la América Latina* (12).

Otro de los programas de la OPS es el de "Libros de Texto", cuyo objetivo central es poner a disposición de los alumnos, a precios asequibles, obras recomendadas por comités de profesores en cada asignatura. Las reuniones de tales comités han dado lugar a la producción de numerosos informes, algunos de los cuales son particularmente valiosos (13).

Una serie de seminarios o talleres sobre diseño curricular, administración de escuelas de medicina y enseñanza de las ciencias sociales aplicadas a la salud, todos ellos conducidos por funcionarios del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS a partir de 1969, llevó a organizar, a comienzos de 1971, un Taller sobre Educación en Ciencias de la Salud (14), que tuvo una duración de siete semanas y en el cual participaron 18 decanos y directores de escuelas de diversas profesiones de la salud. Este evento ha sido seguido por otros de características similares.

Consideramos que todos los hechos enumerados hasta ahora han jugado un papel importante en el desarrollo de la educación médica

en la América Latina. A partir de 1966, vino a sumarse la publicación, por parte de la OPS, de la revista trimestral *Educación médica y salud*, que ha constituido un instrumento fundamental para la difusión de ideas en este campo.

No cabe duda —después de analizar los acontecimientos a que hemos hecho referencia— que la educación médica latinoamericana ha estado sometida, durante los últimos 25 años, a una continua y a veces controversial influencia internacional. En muchos casos, dicha influencia llevó a la adopción irreflexiva—cuasimecánica—de modelos foráneos que fueron distorsionados por las características particulares del medio y cuyos resultados no siempre han respondido a las expectativas. Sin embargo, resulta estimulante constatar que en años recientes se ha venido fortaleciendo la tesis de que las escuelas latinoamericanas de medicina han de buscar sus propias soluciones a través de un proceso creativo y profundamente crítico, sustentado en su propia realidad y en las exigencias de la sociedad en la cual tienen su asiento.

No queremos dejar de referirnos al hecho de que, durante el período analizado, la América Latina ha sido testigo del proceso revolucionario que se viene desarrollando en Cuba y que, según se desprende de las ponencias presentadas recientemente en la Novena Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de la América Latina (La Habana, 1976), ha tenido importantes repercusiones en la atención y educación médicas de ese país (15), las cuales deberán ser cuidadosamente analizadas e interpretadas dentro del marco de las realidades sociales, económicas y políticas de cada situación en particular.

### LAS PRIMERAS PROPUESTAS DE CAMBIO Y SU FUNDAMENTACION

Como contrapartida a la situación descrita anteriormente, a partir de 1950 surgió un movimiento de reforma de la educación médica latinoamericana fundamentado en los siguientes postulados, resúmenes de la literatura de la época sobre el particular:

1. No es posible enseñar bien la medicina si no se seleccionan los alumnos y se limita su número.
2. La preparación previa de los alumnos es deficiente y las escuelas de medicina deben mejorarla con un curso introductorio.

3. Es necesario reducir las disertaciones teóricas en favor de las actividades prácticas.

4. Es necesario crear departamentos de medicina preventiva, los cuales han de dictar cursos a lo largo de toda la carrera.

5. Algunos de los cursos del departamento de medicina preventiva han de ser dictados en contacto directo con la familia y la comunidad; esta última debe ser utilizada como un "laboratorio".

6. El último año de la carrera debe ser destinado al desarrollo de un "internado rotatorio de pregrado", el cual, de ser posible, debe incluir una pasantía en el medio rural.

7. Es necesario enseñar ciencias sociales y psicología al comienzo de los estudios y estas asignaturas han de ser consideradas como "básicas".

8. La coordinación "horizontal y vertical" entre las diversas asignaturas debe ser estimulada, al igual que las actividades "integradoras", como las conferencias clínico-patológicas, las grandes sesiones clínicas con participación de diversos especialistas, la enseñanza de la medicina psicosomática, etc.

Conviene destacar que, hasta 1965, las referencias a la enseñanza integrada en la literatura latinoamericana sobre educación médica son escasas y tímidas. Más adelante veremos que el primer ensayo de enseñanza integrada que sigue los lineamientos trazados por la Universidad de Western Reserve apenas tiene lugar en 1963.

Entre tanto, persistía el apego a la secuencia tradicional de las asignaturas con el único agregado de las llamadas "ciencias básicas fundamentales" (química, física, biología, matemáticas, humanidades) al comienzo de la carrera. Velásquez Palau (16) insiste en dicha secuencia al decir:

"Está claramente aceptado por la mayoría de los educadores médicos del mundo que la enseñanza de la medicina debe dividirse en varios ciclos principales, los cuales son: El Ciclo de las Ciencias Básicas Generales o Fundamentales, y el de las Ciencias Básicas Médicas. Este se divide, algunas veces, en el Ciclo de las Ciencias que estudian al hombre normal, morfológicas y fisiológicas, y el de las Ciencias de la Patología General; el Ciclo de las Ciencias Clínicas, y el Ciclo Hospitalario, Internado y Residencia".

Tampoco cambió la secuencia tradicional según la cual toda actividad práctica debía ir precedida por la presentación del respectivo conocimiento teórico. Más adelante discutiremos las implicaciones de la conservación de tales características del modelo tradicional.

Durante toda la década de 1950 predominó, casi con exclusividad, la preocupación por las características cualitativas de los médicos a

fornar. Así, los educadores médicos aparecen preocupados por elevar el nivel científico de los egresados, incrementar sus conocimientos y habilidades prácticas, ampliarles la información sobre prevención de enfermedades, y crear en ellos una actitud proclive a colaborar y participar en acciones preventivas y de salud pública en general.

Simplemente había preocupación por cada uno de los puntos mencionados en el párrafo precedente y se admitía que el modelo tradicional no daba respuesta favorable a los mismos. Para remediarlo, se admitían fórmulas que parecían lógicas, que se sustentaban en el "sentido común", en la "experiencia básica" de la cual nos habla Bachelard (17). Y el reconocimiento respetuoso a la superioridad ajena frente a la admisión de las propias limitaciones, hacía que una fórmula que viniese de países más avanzados en ciencia y tecnología en los que había dado resultados aparentemente buenos, fuese adoptada, casi siempre sin indagar sus fundamentos teóricos ni considerar otras alternativas.

Según se desprende de las ponencias y relatos correspondientes a reuniones de educadores médicos celebradas en esa época, parece haber predominado en ellas un razonamiento según el cual, si se deseaba formar un médico "más científico", era lógico destacar la importancia de la enseñanza de las ciencias básicas y de la medicina experimental que tanto habían contribuido a transformar el estudio del hombre en una ciencia respetable. Si para poder alcanzar un alto nivel en la enseñanza de las ciencias médicas básicas el estudiante requería conocimientos de matemáticas, física y química más avanzados que los que adquiriría en la educación secundaria, nada más lógico que empezar enseñándoselos en la escuela de medicina. Era necesario, por tanto, crear cursos introductorios de "ciencias básicas fundamentales", los cuales, por otra parte, habían probado ser exitosos en los Estados Unidos bajo el nombre de "College". Otra línea de pensamiento, como veremos más adelante, llevaba a plantear la necesidad de implantar, al comienzo de la carrera, los llamados "estudios generales".

Si era importante prevenir las enfermedades y los egresados solo se ocupaban de curarlas, a la enseñanza de la medicina curativa, entonces predominante, había que agregar la de la enseñanza de la medicina preventiva a lo largo de todos los estudios. Asimismo, si se deseaba que los egresados se interesasen por los problemas de salud de la familia y de la comunidad y solo lo hacían por los del individuo, era lógico admitir que a las prácticas hospitalarias centradas en el



último se agregasen experiencias relacionadas con las primeras. Como en los Estados Unidos tales actividades venían siendo desempeñadas por los departamentos de medicina preventiva, resultaba necesario crearlos en las escuelas de medicina de la América Latina.

Si el hombre, además de un ser biológico, era un ente social y psicológico y si las dos últimas dimensiones también eran importantes en la génesis de la enfermedad y en la conservación de la salud, parecía conveniente que se enseñase sociología y psicología al igual que fisiología y bioquímica.

Si el alumno debía asumir responsabilidades como médico al egresar de la escuela, nada más lógico que enseñarle a asumirlas, bajo supervisión, antes de la graduación. Para ello, era necesario crear el "internado rotatorio de pregrado".

Por último, si cada profesor enseñaba lo que quería y como quería y se incurría en repeticiones innecesarias y en contradicciones inadmisibles, nada más lógico que "coordinar la enseñanza horizontal y verticalmente".

Naturalmente, para hacer posible todo lo anterior, hacía falta contar con los recursos y la organización adecuados. Y si la enseñanza de las ciencias básicas, de la medicina experimental y del pensamiento científico requería profesores que dominasen estos campos, nada más lógico que estimular la investigación y crear las condiciones más favorables para su desarrollo, transformando las cátedras improductivas en departamentos, que tanta producción científica habían aportado en otros países, y cambiando a los profesores a tiempo parcial, que solo dictaban clases, por los de tiempo completo y dedicación exclusiva, que podrían enseñar e investigar.

Todo ello llevaba a razonamientos como el que transcribimos a continuación:

"Los mejores planes de estudio, la mejor organización docente, con excelentes profesores, con instructores y medios suficientes, fracasarán si no se les suministra la mejor materia prima, como es ley física y natural en la elaboración de cualquier producto, en la ejecución de cualquier investigación y en la modelación de cualquier profesional. Por consiguiente, no es posible aceptar que se deba perder el tiempo con malos alumnos en ese largo y complejo proceso de obtener médicos capacitados. . ." (18).

Tal razonamiento, que llevaba a sustentar la necesidad de seleccionar los alumnos a ser admitidos, habitualmente iba acompañado de la tesis de que era indispensable determinar un cupo en función de la capacidad de cada institución con el propósito de garantizar las con-

diciones más satisfactorias para la enseñanza. En base a ello, era frecuente aseverar:

“... lo más importante es que el profesorado tenga conciencia permanente del problema, que el número de alumnos sea escaso para que haya un verdadero conocimiento de los alumnos por parte de los profesores, que cualquier falta sea sancionada drásticamente...” (19).

En general, es posible decir que tales enfoques del problema se caracterizaban por una concepción abstracta de la educación médica y provista de un valor absoluto y universal, totalmente desvinculada de las circunstancias particulares en las cuales se desenvuelve y, por lo tanto, susceptible de ser reproducida sobre la base de modelos a los cuales también se asignaba un valor y vigencia universales.

Lo anterior se corresponde con una ausencia casi total de referencias a las condiciones de salud de los países y a las características de su respectiva sociedad, así como a las exigencias específicas que las mismas debían imponer a la educación médica en cada caso en particular, como se hizo evidente más tarde.

En cuanto a los principios sobre los cuales se sustentaban los planteamientos y recomendaciones hechos hasta entrada la década de 1960, llama la atención la escasez de consideraciones de tipo teórico, fuesen ellas de carácter pedagógico o de cualquier otra naturaleza.

Podríamos decir que, durante la década de 1950, la atención de los educadores médicos de la América Latina estuvo predominantemente centrada en el cómo hacer, mientras se ignoraban o se daban por supuestos el porqué, el cuánto y el para qué. A pesar de ello, la mayoría de las propuestas de cambio surgidas durante esa época que hemos mencionado, fueron adoptadas, al menos formalmente, por un número importante de escuelas, si nos atenemos a la información recabada por García en 1967 (12).

En efecto, para esa fecha, la situación puede ser descrita así:

1. El 66% de las escuelas tenían examen de ingreso.
2. Cuarenta escuelas tenían algún tipo de curso introductorio.
3. Consideradas todas las escuelas que para 1967 ya tenían en ejecución todo su programa de pregrado, el 63% de las horas estaba destinado a clases prácticas.
4. El 64% de las escuelas dictaban tres o más asignaturas del área de medicina preventiva y social.
5. El 45% de las escuelas tenían algún tipo de curso “extramural” (medicina de la comunidad o medicina familiar).

6. El 87% de las escuelas tenía en práctica el internado rotatorio.
7. Casi todas las escuelas enseñaban una o más asignaturas relacionadas con la psicología (general, social, médica).
8. El 71% de las escuelas estaban "departamentalizadas", al menos nominalmente.

Como veremos más adelante, la forma en que fueron puestos en práctica tales cambios no siempre correspondió al espíritu de las propuestas originales. En mayor o menor medida, siempre fueron influenciados por las condiciones que prevalecían en cada escuela en particular y aún en cada país. Además, muchas veces el énfasis fue mayor en los aspectos formales y, una vez logrados estos, se hizo poco esfuerzo por superar las resistencias a un cambio de fondo.

Por otra parte, a partir de 1961, se inició la preocupación por la planificación de la salud y de los recursos humanos y comenzó a ser examinada la fundamentación pedagógica del proceso docente. Ambos movimientos—que representaron un cambio importante de enfoque si se comparan con el inicial de la década de 1950—introdujeron nuevos elementos de juicio que modificaron progresivamente las apreciaciones originales y dieron lugar a nuevas propuestas.

## EL INCREMENTO EN EL NUMERO DE ALUMNOS

Uno de los elementos centrales de la problemática de la educación médica latinoamericana en los últimos 25 años, ha sido el conflicto planteado entre la aspiración de estudiar medicina de un número cada vez mayor de jóvenes, por una parte, y las supuestas limitaciones de las escuelas y del mercado de trabajo médico para satisfacerlas, por la otra.

Mientras los incrementos anuales del número de egresados de la educación secundaria eran discretos y la enseñanza universitaria seguía manteniendo el énfasis en la clase teórica, la capacidad de servir de barrera que se asignaba al primer año de medicina y, particularmente, a las cátedras de anatomía, parecía suficiente para evitar el incremento del número de alumnos más allá de ciertos límites en los cursos subsiguientes.

Tal situación fue cambiando progresivamente, de manera y en épocas diferentes en cada país latinoamericano, de acuerdo con sus propias condiciones sociales, económicas y políticas.

Chile, al parecer, fue el primer país latinoamericano en adoptar

un sistema de limitación y selección para el ingreso a las escuelas de medicina, a partir de 1922 (19). Por otra parte, es el único que ha mantenido ininterrumpidamente dicho sistema en uso.

En Venezuela el primer intento en el mismo sentido se hizo en 1941 y debió ser abandonado por cerca de 20 años (20).

Entre 1955 y 1965 se hicieron recomendaciones en favor de la limitación del ingreso y la selección en todas las conferencias internacionales y seminarios nacionales de educación médica celebrados en ese período (21).

Según García (12), en 1967 el 95% de las escuelas latinoamericanas de medicina utilizaba algún mecanismo de selección y el 66% lo aplicaba en el momento en el que los aspirantes debían ingresar a la educación superior, casi siempre (75% de los casos), en forma de un examen de ingreso.

Tras todos los procedimientos de ingreso subyacía la tesis de mantener invariable la matrícula estudiantil y de permitir el ingreso a la educación médica solo a los "mejores".

La necesidad de evitar variaciones en el número de alumnos se postulaba como requisito para mantener o alcanzar altos patrones de calidad en el proceso docente y para facilitar a los profesores el desarrollo de la investigación. Existen dudas, sin embargo, de que tal cosa se haya cumplido en la mayoría de las escuelas.

Por otra parte, la validez de los exámenes de ingreso para predecir el rendimiento académico dentro de la escuela de medicina nunca pudo ser establecida de manera indiscutible en la América Latina (22). En cambio, siempre se los señaló como mecanismos de selección que favorecían a los aspirantes provenientes de estratos sociales y económicos elevados (23).

La controversia entre quienes defendían los exámenes de ingreso y aquellos que los cuestionaban dio origen a numerosos conflictos y culminó, entre 1969 y 1972, con la eliminación de dichos exámenes en muchas de las escuelas.

En realidad, a partir de la década de 1950, el número de aspirantes a ingresar a las escuelas de medicina aumentó abruptamente en toda la América Latina, siendo la causa directa más evidente de tal fenómeno la rápida expansión de los niveles educativos precedentes y el considerable incremento del número de egresados de la educación media que ello trajo como consecuencia (24).

La manera de enfrentar el fenómeno varió de un país a otro dentro de un rango limitado de alternativas. Brasil, por ejemplo, a

mediados de la década de 1960, adoptó la política de permitir y, hasta cierto punto estimular, la creación de nuevas escuelas de medicina al mismo tiempo que mantenía limitado el número de admitidos a cada una de ellas o solo permitía incrementos controlados en el mismo. Como consecuencia de tal política, se crearon en un lapso no mayor de seis años, más de 40 nuevas escuelas de medicina, muchas de ellas privadas. Entre las escuelas que surgieron en ese período, merece particular mención la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia, la cual representó un modelo innovador que ejerció gran impacto, tanto en Brasil como en el resto de la América Latina.

Colombia y Chile, por su parte, adoptaron la política de mantener la limitación del ingreso y permitir la creación de un número restringido de nuevas instituciones.

En los países centroamericanos y en Uruguay—que siguen teniendo solo una escuela de medicina—se ha incrementado notablemente la matrícula de ingreso en cada institución. En el caso de Uruguay, siempre se mantuvo la política de no restringir el ingreso, en tanto que en los países de Centro América se ensayaron diversas fórmulas y recientemente, en varios de ellos, se han introducido importantes cambios curriculares que facilitan la atención de un mayor número de alumnos.

En el Ecuador, el examen de ingreso fue eliminado en 1970 y posteriormente se crearon dos nuevas escuelas de medicina.

México debió afrontar ingresos de hasta 5,000 alumnos al primer año de medicina en la Universidad Nacional Autónoma (UNAM), antes de registrar un aumento importante en el número total de escuelas, el cual ahora se acerca al medio centenar cuando en 1967 era solo de 22 (25). El incremento de la matrícula de ingreso en la UNAM fue seguido de la implantación, a comienzos de 1974, del programa experimental conocido como "Plan A-36", al cual nos referiremos oportunamente.

En Venezuela, donde en 1958 se contaba solo con tres escuelas de medicina, fueron creadas, a partir de esa fecha cuatro más. Al mismo tiempo, y a pesar de una intensa resistencia estudiantil, se procuró imponer una admisión limitada por medio del uso de exámenes de ingreso. Esa política debió ser abandonada a fines de la década pasada y comienzo de la actual, cuando comenzaron a ser implantadas en todas las escuelas diversas modalidades de cursos introductorios, sobre los que trataremos más adelante.

En Argentina, por último, la política universitaria de puertas abiertas iniciada durante el primer gobierno de Perón, ha sido mantenida en términos generales. Como consecuencia de ello, la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, se ha transformado en lo que posiblemente es la institución de su naturaleza más grande del mundo.

Aumentos de matrículas como los de las Facultades de Medicina de la UNAM y de la Universidad de Buenos Aires, y aun otros de menor magnitud, han dado lugar a la extensión de actividades docentes fuera del ámbito estrictamente universitario. Dicha extensión, que en algunos casos implica, prácticamente, el surgimiento de nuevas escuelas, siempre se ha iniciado en el nivel clínico. El caso del "Plan A-36", en México, representa una excepción a esta regla, por cuanto se trata de un programa completo de educación médica.

La extensión de las actividades docentes a nivel de las clínicas ha significado la incorporación de nuevos hospitales, en la misma ciudad o en poblaciones vecinas a la facultad (26). Así, bajo la presión del número creciente de alumnos, ha cedido, progresivamente, la resistencia de quienes sostenían que solo podía enseñarse medicina en el ámbito del hospital formalmente ligado a la universidad y con profesores formados dentro de la tradición académica de esta.

El incremento del número de alumnos, además, ha coincidido, en muchos casos, con la introducción de la enseñanza extrahospitalaria de la clínica (internado rural). Si bien no es posible postular que una cosa haya sido causa de la otra, llama la atención que mientras el número de alumnos era relativamente pequeño y manejable dentro del hospital, la idea de prácticas clínicas fuera del mismo era mirada con gran recelo por algunos sectores del profesorado que ahora no la cuestionan o que, el menos, la toleran.

Al hacer un balance de la situación hasta la fecha, se comprueba que el mosaico de políticas—explícitas algunas, tácitas otras—con el cual los países latinoamericanos han respondido al aumento de la demanda por estudios médicos, ha tenido las siguientes consecuencias:

1. El número total de escuelas de medicina, para 1975, alcanzaba la cifra de 170, en tanto que el de alumnos era de 160,000 en 1972 (27).
2. En términos relativos, y al compararlo con la matrícula total de la educación superior en la América Latina, el porcentaje que representan los alumnos de medicina parece haber descendido. Al considerar cada país por

separado se comprueba el mismo fenómeno en la mayoría y que, en algunos de ellos, el descenso es bastante acentuado (28).

3. A pesar del incremento registrado en el número de estudiantes de medicina expresado en términos absolutos, no es posible asegurar que, al finalizar la presente década, se habrá alcanzado la meta que se impusieron los Ministros de Salud de las Américas en su III Reunión Especial, cual fue la de formar, durante la década, un total de 165,000 nuevos médicos (29). Tal aseveración se sustenta en el hecho de que, en 1967, las escuelas de medicina de la América Latina, con una matrícula total de 98,245 alumnos (30), graduaron 9,455 médicos, lo cual representa un 9.6%. De mantenerse el mismo rendimiento, el total de graduados en la presente década, calculado en base a los datos disponibles, solo alcanzaría a 153,600 médicos.

4. El incremento del número de alumnos parece haber estimulado la implantación de algunos programas innovadores y facilitado la introducción de cambios que los expertos han considerado deseables.

Frente a tales hechos, en el informe (31) de la Primera Reunión sobre Principios Básicos para la Educación Médica en la América Latina y el Caribe (1976), convocada en forma conjunta por la OPS y la FEPAFEM, se sostuvo que no necesariamente existe relación directa entre el número de alumnos por curso y la calidad de la enseñanza que se imparte y se postuló que las universidades deben, progresivamente, ofrecer mayor oportunidad a un número creciente de estudiantes que demandan estudios superiores.

Es indudable que tal pronunciamiento representa un cambio radical en relación con la tesis sustentada hasta ahora, según la cual solo se podía enseñar medicina adecuadamente manteniendo el número de alumnos dentro de límites relativamente estrechos e inmodificables para cada institución.

Conviene, sin embargo, tener en cuenta el siguiente párrafo tomado del mismo informe (31):

“El manejo de números crecientes de alumnos a nivel de las escuelas de medicina sin sacrificio de la calidad del aprendizaje, solo sería factible si se adoptasen cambios radicales en la estructura y metodología del proceso educativo. . . . Tales alternativas exigen recursos adicionales de toda índole y de los cuales no siempre se dispone en cantidad y calidad adecuadas”.

En los últimos años, quizás lo que más ha atraído la atención de los educadores médicos como posible solución al incremento del número de alumnos, ha sido la posibilidad de utilizar lo que se ha dado en llamar “la moderna tecnología educativa”, con el consiguiente cambio que ello implicaría en el papel que desempeña el profesor y

en la relación entre el número de alumnos y los recursos exigidos por el proceso de enseñanza-aprendizaje (32).

La combinación del autoestudio con el uso de medios de transmisión de información—tanto tradicionales (libros, etc.) como modernos (video-tape, cassette, instrucción programada, etc.)—también ha sido señalada como un medio de enfrentar exitosamente la educación de un número creciente de alumnos (33).

En diferentes áreas de la educación médica, se ha venido adquiriendo experiencia muy valiosa en el uso de programas del tipo de la "universidad abierta" o de los llamados "estudios supervisados". Si bien creemos que tal cosa no es aplicable a la totalidad de los estudios médicos, estamos convencidos que algunas áreas críticas podrían ser resueltas con éxito diseñando y poniendo en práctica programas de este tipo.

No nos cabe duda, sin embargo, que ninguno de los procedimientos antes señalados, utilizados en forma aislada o improvisada, podrá resolver el problema, y que lo fundamental en este campo, al igual que en muchos otros, seguirá siendo la rigidez de las estructuras y la poca disposición de amplios sectores del profesorado para admitir cambios radicales en un tiempo relativamente breve.

Más adelante analizaremos algunos de los avances más importantes que han tenido lugar en los últimos 25 años en las propias escuelas de medicina y tendremos oportunidad de comprobar el papel que ha jugado al respecto cada uno de los factores analizados hasta ahora.

#### REFERENCIAS Y NOTAS A LA SEGUNDA PARTE

(1) Flexner, A. *Medical Education in the United States and Canada*. Nueva York, The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

(2) Lee, P. V. *Medical Schools and the Changing Times*. Evanston, Illinois, Association of American Medical Colleges, 1962.

(3) *Preventive Medicine in Medical Schools*. Report of Colorado Springs Conference, November 1952. *J Med Educ* 28 (10):3, 1953.

(4) Association of American Medical Colleges. The objectives of undergraduate medical education, Eight Revision, 1953. *J Med Educ* 28 (3):57-59, 1953.

(5) *Primer Seminario de Educación Médica en Colombia, Cali, 1955*. Cali, Fondo Universitario Nacional, Universidad del Valle, 1957.

(6) Primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina, México, 1957. Declaración de México sobre Educación Médica en América Latina. *Antioquia Médica* 7 (9), octubre de 1957.

(7) Buena parte de los comentarios en relación con este asunto se basan en la experiencia del autor como funcionario del Departamento de Recursos Humanos de la OPS de 1968 a 1972.



(8) Organización Panamericana de la Salud. *Seminarios sobre Enseñanza de la Medicina Preventiva*. Washington, D.C., Publicación Científica No. 28, 1957.

(9) Bridge, E. M. *Pedagogía médica*. Washington, D.C., Publicación Científica No. 122, 1965.

(10) *Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia*. Bogotá, Edición conjunta de Ediciones Tercer Mundo y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y E. Paredes Manrique (ed.), 1968.

(11) Andrade, J. Problemas y perspectivas de la planificación de recursos humanos para la salud en la América Latina. En: *Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud* (Ottawa, 1973). Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 279, 1974, págs. 47-54.

(12) García, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 255, 1972.

(13) Los informes de los Comités del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS han venido apareciendo en *Educación médica y salud* desde 1969. En 1978 serán recopilados en una publicación de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS.

(14) Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS. Taller sobre educación en ciencias de la salud. *Educ méd salud* 5 (2):88-105, 1971.

(15) Si bien la experiencia cubana ha venido siendo considerada con interés por educadores médicos latinoamericanos, fue en ocasión de la Novena Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de la América Latina, celebrada en 1976 en La Habana, cuando muchos de ellos tuvieron oportunidad de conocerla en detalle a través de algunas de las ponencias oficiales, así como de las discusiones que sobre las mismas se suscitaron.

(16) Velázquez Palau, G. Integración de la enseñanza en ciclos básicos, clínicos y de especialidades. Ponencia presentada a la Tercera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina, Viña del Mar, 1962.

(17) Bachelard, G. *La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*, 3ª ed. en español. Buenos Aires, Siglo Veintiuno, 1974.

(18) Orfila, J. A. Procedimientos de selección de alumnos que ingresan a la carrera médica. Ponencia presentada a la Tercera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina, Viña del Mar, 1962.

(19) Vélez Escobar, I. Sistemas de admisión. Ponencia presentada al *Primer Seminario de Educación Médica en Colombia, Cali, 1955. op. cit.*

(20) Moncada Reyes, F. y J. de J. Avendaño. Limitación y selección de alumnos. Ponencia presentada al *Segundo Seminario Nacional de Educación Médica en Venezuela, Caracas, 1964*. Mérida, Venezuela, Universidad de Los Andes, Ediciones del Rectorado, 1966.

(21) Véanse, entre otros, los informes de las siguientes reuniones:

*Primer Seminario de Educación Médica en Colombia, Cali, 1955. op. cit.*

*Segundo Seminario de Educación Médica en Colombia, Medellín, 1957*. Universidad de Antioquia, 1957.

*Primer Seminario Nacional de Educación Médica en Venezuela, Mérida, 1960*. Mérida, Universidad de Los Andes, Ediciones del Rectorado, 1966.

*Tercera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina, Viña del Mar, 1962*.

*Segundo Seminario Nacional de Educación Médica en Venezuela, Caracas, 1964*.

(22) Granell, E. et al. Validez predictiva del sistema de admisión y otros factores personales del estudiante de medicina. *Educ méd salud* 2 (4):325-355, 1968.

(23) Monteiro de Castro, C. L. et al. Características Sócio-Económicas dos candidatos aos cursos de medicina. En: *Ensino Médico No Brasil*, Parte II. Río de Janeiro, Asociación Brasileña de Escuelas Médicas, 1967.

(24) Coombs, P. H. *The World Educational Crisis: A System Analysis*. Nueva York, Oxford University Press, 1968.

(25) Soberón, G. y J. Laguna. Papel perspectivo de las universidades en la formación de recursos humanos para la salud. Ponencia oficial presentada a la Novena Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, La Habana, 1976.

(26) En Venezuela este fenómeno se registró por primera vez en la Universidad de Los Andes, Mérida, cuando comenzó a enviar alumnos del último bienio de la carrera a los Hospitales de San Cristóbal y Valera. En la Universidad Central de Venezuela, Caracas, sucede algo parecido a partir de 1975, cuando la Escuela Razzetti inició el Internato Rotatorio de Pregrado y tuvo que distribuir los alumnos del último año de la carrera en tres hospitales de la misma ciudad.

En Buenos Aires, Santiago de Chile y Ciudad de México, esto viene sucediendo desde hace varios años.

En Cuba se utilizan 46 hospitales para la enseñanza de la medicina.

(27) Acuña, H. R. Discurso ante la Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe (Caracas, 1976). *Educ méd salud* 10 (2):103-108, 1976.

(28) Castellanos, J. F. y J. Hidalgo. Los recursos humanos de América Latina en las ciencias de la salud. Ponencia presentada a la Novena Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina, La Habana, 1976.

(29) *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Santiago, Chile, 1972). Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Documento Oficial de la OPS No. 118, 1973.

(30) García, J. C. Características generales de la educación médica en la América Latina. *Educ méd salud* 3 (4):267-316, 1968. (Véase especialmente la página 285).

(31) Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe (Caracas, 1976). Informe Final. *Educ méd salud* 10 (2):109-138, 1976.

(32) Galvão Lobo, L. C. O uso de nova tecnologia educacional na formacao de recursos humanos. *Educ méd salud* 8 (2):140-149, 1974.

Véase también: Ferreira, J. R. Tecnología educacional en el proceso de formación de personal de salud. *Educ méd salud* 8 (2):131-139, 1974.

(33) Álvarez Manilla, J. M. Metodología de la enseñanza de la medicina en el futuro: Empleo de modelos, métodos heurísticos y sistemas de autoenseñanza. *Educ méd salud* 8 (2):150-157, 1974.