

INFORMATIVO DE LAS ACTIVIDADES DE LA DIRECCION DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA

REPORT OF THE DEPARTMENT OF MEDICAL EDUCATION

Prof. Dr. Arquímedes Canese(*)

1. **ESTUDIO DEL CURRÍCULO:** Desde el mes de marzo se procedió al estudio de los contenidos programáticos del currículo. Para ello se organizaron encuestas, y se realizaron múltiples reuniones con cada uno de los profesores Jefes de Cátedras de todas las asignaturas.
2. **PROGRAMAS DE ESTUDIOS:** La Dirección de Educación Médica reunió en un solo volumen los contenidos programáticos de todas las asignaturas, totalmente actualizados para el año 1991, cuya impresión fue autorizada por el Honorable Consejo Directivo y publicado por la Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas (EFACIM).
3. **REUNIONES MEDICAS 1991:** La Dirección de Educación Médica publicó en un pequeño volumen el calendario de actividades científicas médicas nacionales, realizado mediante encuestas a todas las Sociedades Científicas, agremiaciones, y centros de investigación. La publicación y distribución a los Señores Médicos estuvo a cargo de la Casa Farmacéutica Paraguaya licenciataria de Tecnofarma Internacional.
4. **CALENDARIO DE CLASES:** Por primera vez se confeccionó un calendario anual de clases de todos los cursos de la carrera médica.
5. **ELECCION DEL CONSEJO COORDINADOR DEPARTAMENTAL:** En el año 1991 se eligieron nuevos coordinadores departamentales, por medio de votaciones organizadas por la Dirección de Educación Médica.

(*) Prof. Titular de la F.C.M. (UNA), Director del Dpto. de Educación Médica de la F.C.M. (UNA).

6. **CURSO DE FORMACION PEDAGOGICA PARA DOCENTES (26-VI al 25-IX):** Se dictó por segundo año consecutivo el curso de formación pedagógica para docentes de 30 horas-alumno de duración, para un total de 30 asistentes.
7. **PANELES SOBRE COLERA (8-15-VI):** La Dirección de Educación Médica organizó dos paneles sobre el cólera. El primero fue dedicado a todo el personal docente y de servicio de los Hospitales de Clínicas y Neuropsiquiátrico, y el segundo a los estudiantes de medicina.
8. **SALA DE ATENCION PARA ENFERMOS DE COLERA:** Asesoramiento a la Dirección del Hospital de Clínicas para habilitar una sala de atención dentro del predio de la Cátedra de Neumología.
9. **PROYECTO DEL CENTRO DE SALUD:** Se presentó al Honorable Consejo Directivo un perfil del anteproyecto de remodelación del Anfiteatro de Anatomía para ser destinado como Centro de Salud de la Facultad de Ciencias Médicas.
10. **TALLER SOBRE MAESTRIA EN RESIDENCIAS (27-VII/3-VIII):** Organizado por la Dirección de Educación Médica, contó con los auspicios de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.A., el Ministerio de Salud Pública y B.S., y la Oficina Sanitaria Panamericana, se formularon planes y recomendaciones para las residencias en Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia y Medicina Familiar.
11. **REGLAMENTO INTERNO:** La Comisión de estudios de los Reglamentos Internos de la Facultad, constituida por los Profs. Dres. Arquímedes Canese, Fernando Rivarola P. y Rufino Gorostiaga, revisó nuevamente el contenido de los mismos y elevó el anteproyecto al Honorable Consejo Directivo para su estudio y aprobación.
12. **TALLER SOBRE FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS Y HOSPITALES-ESCUELAS (7 al 24-X):** Las conclusiones de este taller fueron remitidas al Honorable Consejo Directivo para su consideración y estudio.
13. **PUBLICACION DE TRES BOLETINES DE INFORMACION:** Destinada a Profesores. Frecuencia cuatrimestral.
14. **TESIS APROBADAS:**
 - a) Dr. Mario Rubén Jure: "LAS VEGETACIONES EN LAS ENDOCARDITIS INFECCIOSAS. DIAGNOSTICO ECOCARDIOGRAFICO".

- b) Dra. Bernardita Stark de González: "NEOPLASIA ESCAMOSA INTRAEPITELIAL ASOCIADA AL ADENOCARCINOMA INVASOR DE CUELLO UTERINO".
- c) Dr. Alfredo Boccia: "LINFOMAS NO HODGKINIANOS EXTRA-GANGLIONARES PRIMARIOS DEL ADULTO".

15. MONOGRAFIAS DE PROFESORES ASISTENTES:

- a) Prof. Dr. Miguel D. Zacarías M.: "LA GLIBENCLAMIDA. FARMACO HIPOGLUCEMIANTE ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO II".
- b) Prof. Dr. Anibal H. Peris: "MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EMBARAZOS MAYORES DE 20 SEMANAS".
- c) Prof. Dr. José E. Corvalán: "REEMPLAZO VALVULAR EN LAS ENDOCARDITIS INFECCIOSAS ACTIVAS".
- d) Prof. Dr. Néstor Arrúa T.: "LAS MIOCARDIOPATIAS DILATADAS EN EL CONTEXTO DE LAS MIOCARDIOPATIAS".
- e) Prof. Dr. Carlos Cristaldo: "COMPLICACIONES DE LA ENDOSCOPIA TERAPEUTICA".

16. CONCURSO DE PROFESORES TITULARES APROBADOS POR LAS COMISIONES ASESORAS:

- a) Prof. Dr. Sinforiano Hirsch: Cát. de Ortop. y Traumatología.
- b) Prof. Dr. Francisco Mosciaro: Cát. de Ort. y Traumatología.
- c) Prof. Dra. María Ramona Valdez: Cát. de Semiología Médica.
- d) Prof. Dr. Guillermo Macoritto: Cát. de Otorrinolaringología.
- e) Prof. Dr. Lorenzo Ricciardi: II Cát. de Clín. Qca.
- f) Prof. Dr. Rubén D. Molinas: II Cát. de Patol. Méd.
- g) Prof. Dr. Enrique Pin: II Cát. de Pat. Qca.
- h) Prof. Dr. Stilver Cardozo: Cát. de Clín. Médica.
- i) Prof. Dr. Guido Martínez C.: I Cát. de Clín. Méd.
- j) Prof. Dr. Felipe Rocholl: Cát. de Pediatría.

17. CONCURSO DE PROFESORES ADJUNTOS APROBADOS POR LAS COMISIONES ASESORAS:

- a) Prof. Dr. José E. Corvalán: I Cát. de Clín. Qca.
- b) Prof. Dr. Aníbal H. Peris: Cát. de Obstetricia.
- c) Prof. Dr. Néstor Arrúa T.: I Cát. de Clín. Méd.
- d) Prof. Dr. Quirino Cuenca C. (Conf.) Cát. de Ort. y Traumatología.
- e) Prof. Dr. Ramiro García Varesini (Conf.) I Cát. de Clín. Qca.
- f) Prof. Dr. César Franco Croskey: Cát. de Pediatría.
- g) Prof. Dr. Carlos Cristaldo: Cát. de Semiología Méd.

18. CONCURSO DE PROFESORES ASISTENTES APROBADOS POR LAS COMISIONES ASESORAS:

- a) Prof. Dr. Julio C. Morínigo E.: Cát. de Psicología Médica.
- b) Prof. Dr. Víctor Centurión Alfonso: Cátedra de Ginecología.
- c) Prof. Dr. César E. Chirico: I Cát. de Clín. Méd.

19. HABILITACION DE TITULOS DE MEDICOS PROVENIENTES DEL EXTRANJERO:

Informes de la Dirección de Educación Médica para el Sr. Decano. Total: 59 expedientes.

EL PROBLEMA DE LA EDUCACION MEDICA EN LOS PAISES EN DESARROLLO

THE PROBLEM OF THE MEDICAL EDUCATION IN DEVELOPING COUNTRIES

Prof. Dr. Arquímedes Canese(*)

I. INTRODUCCION

Los primeros pasos científicos en la educación médica comenzaron en los siglos XVI y XVII en Inglaterra, con la enfatización de los hallazgos anatómo-patológicos aplicados al estudio y comprensión de los cuadros clínicos, medida con la que se contrarrestó y trató de eliminar el misticismo imperante, arrastrado durante toda la Edad Media. En el siglo XIX, en Francia, la enseñanza médica se basó fundamentalmente en una mezcla de clínica, patología y estadística, que dieron inicio a los estudios de medicina preventiva. Por la misma época en Alemania, Austria e Inglaterra se imponía una fuerte y consistente enseñanza de las básicas, acoplada a la utilización de los hospitales para el entrenamiento clínico (1) (2) (3).

Es a partir del siglo XX que la atención de la salud, y la enseñanza de la medicina han entrado en rápida evolución en todo el mundo (2). Dentro de esa búsqueda para mejorar la educación médica se empiezan a estudiar los aspectos físicos y químicos de la fisiología, que de esta manera vienen no solo a completar, sino más bien a cambiar, la enseñanza estática de la anatomía patológica de órganos y tejidos por una visión funcional viva e integral del ser humano (1).

No obstante en los EE.UU. persistía el desorden y el caos en la educación médica. Este hecho motivó el desarrollo de un movimiento para el avance de la enseñanza que posteriormente fue desarrollado y llevado adelante por la Fundación Carnegie, la que juntamente con el Consejo para la Educación Médica acordó realizar un estudio, que comenzó en 1909, en todas las escuelas de medicina de los EE.UU. de América y Canadá, conducido por los doctores Abraham Flexner y N. P. Colwell (1).

(*) Prof. Titular de la F.C.M. (UNA)

Director del Dpto. Educación Médica de la F.C.M. (UNA)

Las conclusiones a las que arribaron en el informe de Flexner se basaban en los siguientes puntos:

1º) Sólo 16 de las 155 escuelas médicas estudiadas exigían dos años de College como requisito de ingreso.

2º) Existía una gran diversidad en la calidad de los estudiantes en las escuelas.

3º) Muchas escuelas admitían estudiantes que no cumplían con los requisitos de admisión.

4º) Se realizaban pocos trabajos de laboratorio.

5º) Los estudiantes, en su mayor parte, no eran expuestos a los pacientes, sino como demostraciones.

6º) Por veinticinco años hubo una enorme sobreproducción de practicantes poco educados y poco entrenados en el manejo de las enfermedades.

7º) La sobreproducción de personas no entrenadas era debida principalmente a la existencia de un gran número de escuelas creadas por razones comerciales y sostenidas por mecanismos publicitarios.

8º) La conducta de las escuelas médicas era constituir un negocio rentable y los métodos de instrucción, puramente teóricos.

9º) Muchas universidades deseosas de completar sus espectros educacionales habían anexado escuelas médicas sin responsabilizarse de los patrones de ellas ni de su soporte económico.

10º) La existencia de muchas escuelas innecesarias e inadecuadas era defendida con el argumento de que una escuela médica pobre se justificaba para los alumnos pobres.

11º) Era necesario un hospital bajo completo control educacional de una escuela médica, tanto como ésta necesitaba de laboratorios de química o de patología.

Las recomendaciones esenciales del informe Flexner fueron:

1. La necesidad de relacionar las escuelas médicas y las universidades con la finalidad de desarrollar patrones adecuados de enseñanza.

2. Crear un ambiente científico a través de una profunda enseñanza de las ciencias médicas básicas, con ejercicios de laboratorio.

3. Seleccionar profesores de tiempo completo con fuerte interés en la investigación.

4. Contactar a los estudiantes con los pacientes, en consultas externas, salas y pabellones de hospitales.

5. Enfatizar el enfoque científico en los problemas de medicina clínica.

Tras este informe, las escuelas de medicina de EE.UU. y Canadá sufrieron una gran transformación con lo que mejoró notablemente la calidad del médico producido.

Sustancialmente, los cambios implantados consistieron en la adscripción de las escuelas de medicina a las universidades, la creación del sistema departamental, el desarrollo conjunto de la enseñanza y la investigación en las ciencias básicas, y la incorporación de los hospitales a todas las escuelas de medicina.

La influencia del informe Flexner se extendió prácticamente hasta el final de la segunda guerra mundial. Sin embargo, en América Latina siempre tuvo predominio la metodología europea, y en nuestro país, el Paraguay, influyó la cultura francesa, a la que se ciñó la enseñanza médica durante los años 1900-1950.

En 1952 tuvo lugar en Colorado Springs una conferencia sobre la enseñanza de la medicina preventiva en la que estuvieron representadas 76 escuelas de medicina de los EE.UU. y Canadá.

En el informe de dicha conferencia se responsabiliza a la reforma de Flexner el haber contribuido a crear una separación entre la medicina curativa y preventiva, y a la pérdida de la visión del paciente como un individuo, miembro de una familia y de una comunidad. Al cambiar con este movimiento el rumbo educativo de la curación a la prevención, del estricto estudio del hombre enfermo al estudio del hombre sano y su protección de la salud, hizo que se crearan inmediatamente los departamentos de medicina preventiva y se sentaran las bases para la enseñanza integral de la salud.

Por esos mismos años (1951), se fijan en los EE.UU. los requisitos mínimos para la acreditación de las escuelas de medicina por parte de la Asociación Médica Americana y se definen los objetivos de la educación médica de pre-grado, posteriormente aprobados por la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (1952-1953).

Estos cambios influyeron en la orientación de las escuelas de medicina latinoamericanas, y es así como en los comienzos de la década del 50, con el apoyo de la Fundación Rockefeller nacieron las facultades de medicina de las universidades del Valle de Cali-Colombia y la de Ribeirao Preto de San Pablo-Brasil.

En 1955 se celebra en Cali-Colombia, el primer seminario de educación médica, que probablemente es también el primero en su género realizado en América Latina. Sus conclusiones recomiendan entre otras cosas la departamentalización del currículo, la creación del departamento de medicina preventiva, la coordinación horizontal y vertical de las asignaturas; el incremento de profesores a tiempo completo y con dedicación exclusiva, el internado rotatorio de un año de duración de pre-grado, la limitación de la matrícula y la selección de los alumnos ingresantes. Estas mismas conclusiones fueron recomendadas en el año 1957 por la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), la que tres años más tarde (1960)

realizó en Montevideo (Uruguay) la segunda conferencia de Facultades de Medicina Latinoamericanas, en donde se planteó la creación de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), cuya fundación tuvo lugar en Viñas del Mar-Chile en 1962.

A partir del año 1966 la FEPAFEM convoca a conferencias bi- anuales de educación médica panamericanas, entanto que la UDUAL sólo patrocina conferencias también bi- anuales para facultades de medicina de América Latina. En esta dualidad de funciones salió favorecida la FEPAFEM, la que desde un principio contó con el apoyo económico de fundaciones privadas de los Estados Unidos, lo que le permitió desarrollar una sólida estructura operativa permanente y promover programas cuya realización se ejecuta a través de las asociaciones nacionales de escuelas de medicina afiliadas.

Hay que señalar además el importante papel desempeñado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, la que desde la década de 1950 creó una Unidad de Educación Médica y Adiestramiento que luego se transformó en el Departamento de Educación Médica, el que en el año 1975 pasó a ser la División de Recursos Humanos e Investigación. La OPS reconoció a la FEPAFEM como el organismo representativo de las facultades y escuelas de medicina de las Américas. Desarrolló además un provechoso programa de libros de texto a precios asequibles y publicó desde el año 1966 la revista Educación Médica y Salud para aumentar la difusión de las ideas en este campo.

En el año 1978 se produce un acontecimiento memorable, la Declaración de Alma-ata (URSS) de la OMS que proclama el lema "Salud para todos en el año 2000", dando un nuevo enfoque a la salud, preconizando la atención primaria de salud como medio para obtener una cobertura total.

Durante el decenio 1980-90, se realizaron eventos de singular importancia para la educación médica concordante con las premisas establecidas, referentes al tipo de médico que es necesario en los países de escaso o nulo desarrollo socio-económico-cultural.

El informe "Médicos para el siglo XX" publicado en 1984 reúne las recomendaciones de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina de los EE.UU. de América, obtenidas del Panel sobre General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine (4) que resumidas son las siguientes:

1. Enfatizar el desarrollo de habilidades, valores y actitudes de los estudiantes al menos en la misma medida que la adquisición de conocimientos, para lo cual debe limitarse la cantidad de información memorizada.
2. Preparar en el pre-grado para las residencias de post-grado.
3. El pre-grado debe adaptarse a los cambios demográficos, y estado de salud del país.

4. Enfatizar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
5. Ampliar la preparación general de los estudiantes tanto en colegios como en la universidad.
6. Fomentar el desarrollo de habilidades, conocimiento del idioma y escritura en los estudiantes.
7. Para la selección de alumnos los criterios deben basarse en capacidad de auto-aprendizaje y de crítica analítica, aptitudes y valores para ejercer una profesión asistencial, vocación de servicio y deseo de contribuir al desarrollo de la comunidad.
8. Reducir horarios fijos.
9. Reducir clases magistrales.
10. Promover auto-aprendizaje y educación activa.
11. Desarrollar interés en el análisis de problemas.
12. Usar métodos apropiados de evaluación basados en valoración de habilidades antes que en conocimientos memorizados.
13. Incorporación en la enseñanza de las ciencias de información.
14. Especificar la clase de conocimientos, habilidades, valores y actitudes que deben ser desarrollados por los estudiantes.
15. Tener en cuenta que el contacto clínico-paciente se desarrolla en un 95% en los consultorios externos y un 5% en los hospitales, y es durante este período nosocomial que el estudiante debe desarrollar la misión del cuidado del enfermo, entrenándose en las manipulaciones físicas y funcionales, haciendo además un buen seguimiento de la evolución de los enfermos bajo la supervisión de docentes responsables.
16. Evaluar constantemente el rendimiento clínico de los estudiantes, mediante registros acumulativos.
17. En el pre-grado los estudiantes deben dedicarse preferentemente a las áreas que le ayuden en su educación profesional general y no solamente en su preparación para la residencia.
18. Desarrollar la integración de programas educativos entre las ciencias básicas y las asignaturas clínicas.
19. Diseñar una organización interdisciplinaria e interdepartamental eficaz, capaz de planear, implementar y supervisar un plan integrado de educación profesional general.
20. Tener recursos y presupuestos adecuados.
21. Aumentar el tiempo de dedicación de los docentes. Es preferible tener pocos

profesores a dedicación completa, que muchos a corto tiempo de trabajo.

22. Guiar a los estudiantes en el auto-aprendizaje antes que transmitirles meras informaciones.

23. Crear un sistema de tutoría para aconsejar y apoyar a los estudiantes que le sirva de guía para el desarrollo personal.

24. Las autoridades universitarias deben otorgar pleno apoyo y reconocimiento a la labor de los docentes que se destaquen en el cumplimiento de las tareas de enseñanza.

25. Lograr una justa equidad en el acceso a la carrera médica, haciendo que la oportunidad de estudiar medicina sea accesible a todos los individuos independientemente de su sexo, raza, religión, origen étnico o estado financiero.

La conferencia reunida en Edimburgo-Escocia, del 8 al 12 de agosto de 1988, fue organizada por la Federación Mundial de Educación Médica y la OMS y contó con la asistencia de 180 participantes de todo el mundo. En el documento de trabajo principal de la conferencia preparado por el Dr. Hiroshi Nakajima, director general de la OMS, se hizo hincapié en el hecho de que los estudiantes de medicina actuales muestran mayor interés por la alta tecnología y los conocimientos más recientes que por el desarrollo de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, y se preocupan menos de las enfermedades simples que afectan a la mayoría de la población, y en cambio se interesan por los cuadros clínicos poco frecuentes y raros, que afectan a muy pocos (5) (6) (7).

Con estas alternativas sería difícil que la profesión médica pudiera alcanzar la meta propuesta por la OMS de salud para todos en el año 2000, si no se hacían urgentes reformas en la educación médica.

La Declaración de Edimburgo fue el resultado del trabajo de esta Conferencia Mundial de Educación Médica y sus 12 enunciados marcaron un hito importante al señalar la ruta que se debería seguir en el futuro.

Entre los años 1987-90 la FEPAFEM desarrolla el Proyecto de Educación Médica en las Américas (EMA), cuyas conclusiones vinieron a consolidar la necesidad de propiciar cambios tendientes a conseguir un contacto precoz del estudiante con la comunidad, una enseñanza del tipo docente-asistencial, una mejor comprensión de los problemas de salud de la población en la que la universidad está inmersa, una tendencia constante al cuidado de la salud, y el no dedicar todos los esfuerzos a la mera curación de los enfermos (6) (7).

Análisis prospectivos de la educación médica en América Latina pudieron permitir y facilitar el diagnóstico de las facultades de medicina en base al estudio de 43 indicadores, proceso que podía ser efectuado mediante encuestas realizadas entre personas calificadas pertenecientes al mismo plantel docente de las casas de estudio permitiendo así, una bastante correcta y económica autoevaluación (8) (9).

II. PRIORIDADES EDUCATIVAS

Para el año 1990 existían 1.353 escuelas y facultades de medicina en todo el mundo para preparar profesionales de la salud que asistieran a cinco mil millones de personas. La relación médico/habitante en los diversos países del mundo varía desde 1/300 hasta 1/10.000 o más, y los presupuestos de los servicios de salud oscilan desde 1 U\$S por persona/año, o más de 1.500 U\$S. Frente a estas enormes diferencias todo esfuerzo orientado a establecer prioridades para las escuelas médicas, constituye una tarea difícil de definir y de ejecutar correctamente (7).

Si a esto se le añade el enorme aumento de nuevos conocimientos médicos, la costosa tecnología científica que se acopla cada año, y las grandes diferencias de recursos destinados al área de la salud incluyendo las facultades de medicina en cada país en particular, es comprensible una revisión nacional, y un nuevo planteamiento en la educación médica. El problema debe ser estudiado a fondo, y para ello nada mejor que fraccionarlo para analizar cada una de sus partes y tratar de llegar posteriormente a conclusiones de síntesis correctas.

1. Tipo de médico necesario

Existe una notoria diferencia entre el tipo de médico que se necesita en la India o la China, el médico en los EE.UU. de América o en países europeos, el médico en Oceanía o África y el que debe atender la salud en América Latina.

No son iguales tampoco los recursos económicos, los problemas de salud, los tabúes, ni los niveles sociales, culturales y económicos de las distintas comunidades. Es obvio que la mayor diferencia que existe en salud es la establecida por la brecha que separa los países ricos de los países pobres, donde se ve que algunos pocos poseen grandes recursos para resolverlos, al contrario de otros, la gran mayoría, con economías deficitarias, agobiados por la pesada carga de la deuda externa, no encuentran por lo general una vía de salida que les permita solucionar los problemas de salud que les aquejan.

Aún así, la buena programación y racionalización de las inversiones, elaborando un listado de prioridades siempre ayudará a obtener mejores resultados (5).

Nadie discute la importancia de la formación científica adecuada y actualizada del médico, teniendo en cuenta el rápido y continuo progreso de la ciencia médica, que hace necesario incorporar constantemente nuevos conocimientos en todas las áreas de las ciencias de la salud en sus diversos niveles de complejidad, dentro de las múltiples especialidades, de tal manera que al graduarse el médico pueda elegir las opciones que desee. No hay que olvidar que de entre ellos saldrán los futuros docentes, investigadores, médicos generales, especialistas y sanitaristas.

En los países desarrollados no existe urgencia por la entrada del médico recién egresado al mercado de trabajo. Así se ve que en los Estados Unidos el 95% de los

médicos recién egresados no ejercen la profesión en forma inmediata, y realizan 3 a 7 años de residencias y post-grado, ya que no se propone como objetivo la formación de médicos para una práctica general inmediata, sino prepara a los graduados para futuras especializaciones, investigación y docencia (4).

En los países en desarrollo, en cambio, debe ponerse mayor énfasis en estimular la vocación de servicio, ya que por lo general la responsabilidad médica de atención a la población empieza enseguida al terminar la graduación (5). Para ello deben estar informados de los problemas de salud del área y, sus estructuras curriculares deben desarrollar programas que tiendan a solucionar los problemas que aquejan a su comunidad. El estudio de la carrera de medicina en Cuba se basa en los aspectos teóricos y prácticos relativos a 283 problemas de salud identificados en el país, los cuales son desarrollados en un plan de 6 años (6).

En los países, también llamados del Tercer Mundo hasta hace poco, la educación de pre-grado no debe ser solamente una preparación para la especialización, sino más bien, debe capacitar al médico para diagnosticar y tratar eficientemente las enfermedades prevalentes en el área, y derivar en forma oportuna los pacientes cuyos problemas de salud rebasen su capacidad de atención. Para ello deberá suministrarse al estudiante un cúmulo suficiente de conocimientos en ciencias básicas, que incluyan los avances científicos recientes para que en los años clínicos puedan desarrollar habilidades para una buena atención médica primaria de salud.

Estructura curricular:

- 2.1. Debe existir congruencia entre los objetivos, conocimientos y metodología de las asignaturas y las necesidades de salud, perfil de natalidad, morbi-mortalidad y estado socio-económico-cultural de la comunidad.
- 2.2. El currículo debe establecer un justo equilibrio para que permita al estudiante de medicina incursionar durante sus estudios tanto en el campo científico de las ciencias básicas, como en el de las ciencias sociales, y relacionar todo ello con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el conocimiento de las enfermedades, su tratamiento y rehabilitación.
- 2.3. El pregrado no debe ser solamente una mera preparación para la especialización, sino que debe preparar al médico recién graduado para manejar correctamente los problemas frecuentes de salud de la comunidad y reconocer los cuadros patológicos que sobrepasen su capacidad de atención y los recursos físico-humanos y económicos de que dispone, para derivarlos inmediatamente a centros de atención sanitaria de nivel superior.
- 2.4. El médico al graduarse debe estar bien preparado para desarrollar soluciones preventivas cuidando al hombre sano, de preferencia a las acciones curativas que tratan al hombre enfermo. Es más fácil y preferible prevenir que curar.

- 2.5. Debe prepararse al estudiante para trabajar de común acuerdo con los promotores de salud y con otros miembros de la comunidad, profesionales de salud o nó, para entender mejor la problemática de la salud, y encontrar soluciones factibles de aplicar con planes que sean aceptados por todos.
- 2.6. Desarrollar en los estudiantes hábitos de estudio personales que estimulen el autoaprendizaje y la educación médica continúa.
- 2.7. Suministrar una sólida base ética, y estimular una actitud humanitaria y vocación de servicio hacia la comunidad.
- 2.8. Propiciar el acercamiento de las facultades de medicina al medio ambiente, y en especial a los servicios de salud de la comunidad, desarrollando actividades docente-asistenciales con participación masiva y temprana del estudiante en la práctica médica, sea de atención primaria de salud, o en la realizada en niveles de complejidades crecientes.

III. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

1. La selección de las estrategias educativas depende lógicamente de las prioridades formuladas y, su basamento está relacionado con el avance de las ciencias y de la tecnología, así como de la demanda de servicios.
2. La enseñanza tradicional se basa en suministrar información mediante clases magistrales, menospreciando generalmente la adquisición de habilidades por parte del estudiante. Este enfoque pierde vigencia en los tiempos actuales donde la información está al alcance de cualquiera que quiera hacer uso de ella.
3. Teniendo en cuenta que hoy en día, los conocimientos médicos son tan amplios y numerosos y que se actualizan y renuevan con tanta celeridad, se hace necesario suministrar al estudiante un bagaje de conocimientos básicos con los cuales sea capaz en el futuro de comprender, analizar y dar respuestas a los problemas de salud que se le presentaren.
4. Las facultades de medicina deben obtener un equilibrio entre todas las áreas curriculares sean biomédicas, epidemiológicas, humanísticas o administrativas, para obtener una correlación óptima de los conocimientos con las habilidades, actitudes y valores adquiridos durante la carrera.
5. La educación debe orientarse hacia la solución de problemas, para lo cual deben reformularse los contenidos de las asignaturas de pre-grado.
6. En la formación del estudiante el conocimiento debe ser una herramienta para el trabajo y no un fin. El solo hecho de memorizar no sirve para nada, por cuanto la retención de la mente es solamente por un tiempo limitado, ya que la pérdida fisiológica de conocimientos u olvido, suele ser del orden del 50% o más por

año. Es así que en 6º curso el alumno solo retiene un 3 a 5% de los conocimientos aprendidos en el primer año del ciclo básico de la carrera médica.

7. El aprendizaje debe ser eminentemente activo.

Es mucho más eficiente aprender haciendo que aprender oyendo. Es preferible que el estudiante participe en pocas experiencias realizando personalmente las tareas, y no que presencie muchas en forma pasiva.

8. El docente debe actuar como un guía que estimule en el estudiante la búsqueda, la investigación y el autoaprendizaje, o en otras palabras, el estudiante durante la carrera debe aprender a aprender.
9. Debe vincularse muy precozmente al estudiante con los sistemas de salud. Esto lo ayudará a consolidar su vocación de servicio conectándose con la comunidad a la que pertenece, con pleno conocimiento de los problemas de salud que le aquejen.
10. Debe estructurarse el currículo médico en tal forma que las tareas que el estudiante deba realizar durante la carrera, vayan ofreciendo problemas de salud de complejidad creciente.
11. Debe existir un buen equilibrio entre la enseñanza médica intramural y la extramural. En el ciclo básico el tiempo de dedicación del alumno a las tareas de la universidad dentro de la comunidad tendrían que representar alrededor del 20% de la carga horaria total que debe cumplir, tiempo que al llegar al ciclo clínico totalizaría un 80% de actividades extrahospitalarias en puestos y centros de salud, según es la tendencia actual desarrollada por numerosas facultades de medicina (6) (7). De esta manera podrán los estudiantes informarse de los problemas de salud que más frecuentemente sufren los individuos de su comunidad (1º y 2º nivel) ya que habitualmente más del 95% de los pacientes observados en estos dos primeros niveles no se hospitalizan, por lo que su patología no se conoce en las salas de internación. Además los puestos y centros de salud así como los consultorios externos y servicios periféricos le enseñarán a manejar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento que se utiliza más frecuentemente en la población general. Con el 20% de la actividad intrahospitalaria el estudiante aprenderá técnicamente el correcto manejo del enfermo, la metodología diagnóstica, el uso de equipos médicos, y el tratamiento clínico y quirúrgico, pudiendo observar además los problemas de salud terminales, difíciles y complicados del 3º y 4º nivel.
12. Los sistemas actuales de evaluación del estudiante detectan habitualmente el área cognoscitiva, por lo que es imprescindible establecer un equilibrio entre la evaluación de los conocimientos y las áreas psicomotoras (destrezas) y afectiva (actitudes-valores) que en conjunto van a determinar la competencia del estudiante en la acción y en el desempeño de las funciones médicas.

13. Deben efectuarse cursos de capacitación pedagógica para todos los Profesores y Auxiliares docentes, ya que es obvio suponer que la insuficiente preparación pedagógica de los mismos es un obstáculo para un buen rendimiento escolar. Es bueno recordar y tener siempre presente que un excelente profesional no siempre resulta ser un buen profesor.
14. Para desarrollar una educación médica de buena calidad, es menester contar con una adecuada estructura técnico-administrativa, que solucione rápidamente los problemas puntuales que se van presentando continuamente en el desarrollo de la docencia-aprendizaje.
15. El currículo debe ser eminentemente dinámico, coherente, interdisciplinario, coordinado, integrado y, guiado por el único objetivo cual es el tipo de médico que se desea formar. En él se deben evitar tanto las tediosas repeticiones de los temas en varias asignaturas, así como las falencias o lagunas. No es cuestión de agregar nuevas asignaturas al currículo, sin preguntarse para qué sirven.

IV. POLITICAS DE ADMISION

1. Si bien un alto porcentaje de los profesionales que se forman en las facultades de medicina se dedican a la atención médica general de los dos primeros niveles de salud, otros médicos trabajan como especialistas, y grupos menores se dedican a la docencia e investigación. Sumando todos ellos vemos que la cantidad de médicos que puede estar plenamente ocupada es limitada por el mercado de trabajo que existe. Es fácil de comprender que la política de admisión debe reflejar y estar de acuerdo con las necesidades de médicos del país (7).
2. Cuando se establecen normas y cupos para el ingreso a las facultades de medicina deben tenerse en cuenta las políticas gubernamentales de salud, las costumbres y prácticas sanitarias de la población, y los factores sociales y económicos existentes.
3. Factores importantes a ser tenidos también en cuenta son los avances en las ciencias médicas el manejo terapéutico de los enfermos y las demandas de salud del país.
4. Siendo numerosas las variables que influyen en la estimación de la cantidad o número de médicos y, de la calidad o especialización de los mismos, que la comunidad necesita, es necesario realizar estudios minuciosos sobre futuras políticas de organización de los sistemas de salud, recursos financieros disponibles, especialidades médicas con mayor demanda, incorporación de nuevas especialidades o sub-especialidades, dinámica de la población médica del país, disponibilidad de personal de salud no médico, y capacidad formadora de médicos de las facultades que posee el país.

5. La planificación de los recursos humanos médicos debe ser una tarea conjunta de educadores médicos y empleadores.
6. El objetivo principal de toda facultad de medicina es formar médicos competentes, capaces de identificar y resolver problemas de salud, y que se mantengan constantemente actualizados.
7. El número de admisiones en las facultades de medicina debe estar siempre en relación con los recursos humanos, físicos y financieros que dispone.
Por lo general las facultades de medicina latinoamericanas tienen sobrepoblación estudiantil.
8. Se toma imprescindible restringir el número de estudiantes adaptándolo en primer lugar a la capacidad de los recursos disponibles, y en segundo lugar a la capacidad de absorción de los sistemas de salud del país.
9. Esencialmente hay dos formas de admisión en el ingreso a las facultades de medicina; que son la admisión libre o abierta y la admisión limitada o cerrada.
10. La admisión abierta es la que admite un número libre y generalmente elevado de estudiantes, superior por lo general a la capacidad de enseñanza de la facultad. Este procedimiento tiene defectos importantes tales como la alta deserción que se opera en los primeros años de la carrera, con la consecuente importante pérdida de recursos, el aumento del número de alumnos reprobados en los exámenes, las dificultades para cubrir con recursos suficientes las áreas de investigación en las básicas por el exceso de alumnos, un número final de médicos egresados que sobrepasa la capacidad de empleo del mercado de trabajo del área de la salud, con la consecuente plétora médica, desempleo y subutilización de los médicos con relajamiento de la ética, de la capacitación técnica y de la formación científica. Por último cabe señalar que la selección natural que se produce inexorablemente muestra resultados de graduación que oscilan por debajo del 50% sobre el número de ingresantes.
11. La limitación del número de alumnos ingresantes, garantiza una docencia más eficiente y, asegura la promoción de una cantidad de médicos compatible con la capacidad de absorción del país. Es cierto que la admisión limitada no garantiza la eliminación de la plétora médica, ya que también interfieren otros factores para ello, tales como la mayor afluencia de médicos nacionales o extranjeros del exterior que ingresan al mercado de trabajo y la entrada de estudiantes repatriados o extranjeros.
12. Si se opta por la limitación de los alumnos al ingreso, la selección debe ser un proceso adecuado para evitar frustraciones tanto de los estudiantes como de los docentes, lo que habitualmente sucede cuando el número de reprobados es grande.
13. Para una buena selección puede usarse los criterios siguientes: antecedentes

académicos de la secundaria, evaluación de las actitudes, destrezas y valores, evaluación de los conocimientos, que no debe ser lo más importante, exploración de la personalidad mediante entrevistas y pruebas psicológicas, estado de salud física y mental, test de inteligencia y de razonamiento lógico, creatividad, deseo de superación, constancia en la acción, actitud humanitaria y de servicio, capacidad de trabajo en equipos interdisciplinarios, hábitos de estudio, autoaprendizaje, capacidad e interés en transmitir conocimientos, interés por el prójimo y empatía hacia los servicios de salud y la comunidad.

14. Los criterios de selección dependen en especial de factores que se relacionan estrictamente con el país en que se aplican.
15. La política de admisión debe estar constantemente en relación con la demanda, debiendo hacerse periódicamente ajustes y correcciones, en los que se tendrán en cuenta las proyecciones económicas y demográficas del país, y el número siempre actualizado de médicos existentes, para lo cual deberán registrarse la producción, defunciones, retiros, jubilaciones, incapacitaciones, migraciones y la capacidad de empleo del país.

V. RECURSOS NECESARIOS

En forma similar que cualquier empresa, para poder funcionar, las facultades de medicina necesitan tres factores fundamentales que son los recursos humanos, los recursos físicos y los recursos financieros. La cantidad de estos recursos depende de la magnitud de las funciones que las facultades desempeñen, si los cursos de pregrado solo atienden la carrera médica, o tienen además otras afines al área de salud, el número de estudiantes matriculados, si funcionan cursos de educación continua y de post-grado, si qué tipo de servicios presta a la comunidad, si desarrolla labores de investigación, consultoría, etc.

Por todo ello resulta sumamente difícil estimar normas o parámetros que determinen y valoren si los recursos disponibles en cada caso son suficientes y, cuáles serían los requisitos mínimos necesarios para ello (6).

1. Recursos humanos:

- 1.1. Un buen plantel docente debe tener como base una cuidadosa selección, capacitación permanente actualizada, carga horaria acorde con las necesidades de la institución y por último una remuneración adecuada.
- 1.2. Es muy importante que exista un alto porcentaje de profesores a tiempo completo, sobre todo en las asignaturas básicas y en las de gran carga horaria curricular.
- 1.3. Debe existir una óptima relación docente/alumno, que en las ciencias básicas

puede ser entre 1/5 a 1/10 y en las clínicas sería recomendable entre 1/4 a 1/5 (6) (7).

- 1.4. Un buen profesor debe llenar dos aspectos fundamentales, el científico y el pedagógico.

Las facultades de medicina tienen la obligación de preocuparse para que ambos campos sean satisfactoriamente atendidos.

En el área científica la actualización de los docentes se llevará a cabo mediante becas de entrenamiento, cursos de post-grado, jornadas de educación continua, etc., y para el área pedagógica se ofrecerán cursos anuales de formación docente, en donde los profesores se capacitarán en el diseño de programas y planes de estudio, metodología de la enseñanza, técnicas de evaluación, estrategias, etc.

- 1.5. Es recomendable que el personal docente sea sometido a evaluaciones periódicas, para asegurar la calidad de preparación de los mismos.

2. Recursos físicos:

- 2.1. Es necesario en primer lugar desarrollar un sistema administrativo eficaz para conseguir de esa manera utilizar adecuadamente los recursos físicos disponibles.
- 2.2. Debe disponerse de los ambientes físicos necesarios para los trabajos de grupos pequeños en clases prácticas de laboratorio, para las tutorías, ateneos, seminarios, dinámica de grupos, etc.
- 2.3. Es fundamental disponer de un número adecuado de laboratorios de investigación tanto para el personal docente como para los estudiantes.
- 2.4. El bioterio es imprescindible para el desarrollo de las experiencias en ciencias básicas.
- 2.5. Si bien el anfiteatro de anatomía ha sido usado tradicionalmente hasta la fecha para la disección de cadáveres, se lo ha ido suplantando ventajosamente por el uso de museos anatómicos, atlas, modelos y demostraciones, debido fundamentalmente a la dificultad de obtener cadáveres en los últimos tiempos.
- 2.6. Los hospitales universitarios habitualmente suministran atención médica del 1º al 4º nivel.

El entrenamiento clínico de los estudiantes que se realiza en ellos debe evitar sobrecargar un número grande de estudiantes sobre un reducido lote de enfermos. Si bien no existe un criterio establecido sobre el número de camas que se necesita en los servicios clínicos por cada estudiante, parece que la proporción de 3 a 5 camas por estudiante puede ser correcta.

- 2.7. Debe disponerse de áreas para trabajos en puestos sanitarios, consultorios y centros de salud que abarquen comunidades urbanas, sub-urbanas y rurales, con distintos niveles socio-económicos y por lo tanto con diferentes problemas de salud.

El área de cobertura de una facultad de medicina con una matrícula de 150 a 200 alumnos por curso, debería cubrir los servicios de unos 200.000 habitantes.

- 2.8. Así como son necesarios los sitios de recreación y deporte, es necesario contemplar en el diseño físico salas de estudio tanto para estudiantes como para profesores.
- 2.9. La necesidad de disponer de una biblioteca funcional y actualizada es fundamental. Deben existir en ella varios ejemplares de libros de texto y de consulta de cada asignatura, las colecciones de revistas de suscripción deben alcanzar como mínimo a dos títulos por cada asignatura, debe haber un sistema ágil para conseguir bibliografía nacional e internacional, fotocopadoras y escritorios para trabajos bibliográficos tanto para docentes como para estudiantes. Una sección de colecciones de revistas viejas, sobre todo nacionales, puede ser de mucha utilidad para el estudio de las raíces de la medicina del país.

3. Recursos financieros

Las facultades de medicina pueden obtener sus recursos financieros de cinco fuentes principales: aporte estatal, costo de la matrícula, servicios prestados, donaciones y bolsas de investigación.

Los responsables de la administración de los fondos estatales tienen generalmente una comprensión limitada del monto de los fondos necesarios para sostener una carrera médica de buena calidad (7). De ahí generalmente la limitación que se opera en los aportes que son proveídos por el gobierno para las facultades de medicina estatales.

En las universidades privadas, los recursos financieros se basan fundamentalmente en los derechos de la matrícula, los que por supuesto son muy altos en comparación con los de las universidades gubernamentales, a pesar de lo cual, nunca llegan a cubrir por sí solos los costos de la carrera médica.

Convendría que las universidades estatales replantearan su política de gratuidad de la enseñanza actual, ya que parece imposible y a la vez injusto seguir sosteniendo una enseñanza prácticamente gratuita de la carrera médica en muchas escuelas de medicina sin que se altere la calidad de la enseñanza, teniendo en cuenta el bajo presupuesto estatal asignado, y la existencia de grandes masas de población con necesidad de alfabetización urgente.

Es probable que en muchas facultades de medicina el hecho de administrar grandes hospitales, generalmente de caridad, que no producen ingresos suficientes para su mantenimiento, a más de consumir la mayor parte de los esfuerzos en tareas no académicas, consume el mayor volumen de su presupuesto. Sería recomendable en estos casos disponer de unidades docentes hospitalarias afiliadas independientes.

Los rubros que las facultades pueden obtener de los servicios, donaciones y bolsas de investigación no son por lo general abundantes ni significativos en los países subdesarrollados, por lo que no constituyen un fuente segura de recursos económicos. Es claro, que para obtener buenos resultados en estos rubros, es necesario que los responsables de la dirección de las facultades de medicina tengan un gran espíritu de empresa e ideas nuevas para lograr mejores ingresos.

VI. FACTORES NEGATIVOS

Los factores que obstaculizan el éxito de una buena educación médica son varios:

1. Deficiente formulación de un plan de trabajo:

- 1.1. Si bien existen organismos internacionales que asesoran la elaboración de planes de educación médica, en la mayoría de los países de escaso desarrollo, muchas universidades no solicitan estos servicios.
- 1.2. Otras veces el cuerpo docente, lógicamente formado en facultades de las décadas anteriores, permanece anclado en las raíces de los tiempos pasados, y no siente la necesidad de efectuar cambios. Los profesores en este caso, no se percatan ni sienten la actual responsabilidad que tienen las facultades de medicina de todo el mundo de participar y ser protagonistas en el campo de la atención de salud. Es lógico por lo tanto que tampoco pidan asesoría y que los planes que formulan serán sustancialmente elitistas, desconectando totalmente todos los nexos de la universidad con el medio ambiente, al cual sin embargo pertenecen y le deben su razón de ser y su soporte económico.
- 1.3. Los estudiantes, que habitualmente han sido siempre factores de cambios, hoy se sienten generalmente poco motivados para desarrollar tareas universitarias extramurales en el seno de la comunidad con miras a resolver los problemas de salud de la misma, y consideran más importante seguir los patrones de formación de los países desarrollados, preparándose desde un comienzo en los primeros años de la carrera, para la especialización médica. Es probable que en la toma de esta decisión el estudiante no tenga toda la responsabilidad, puesto que participan en ello y presionan sobre él la opinión familiar que le rodea, los muchos años de la carrera médica, la necesidad de formar un hogar y la falta absoluta de planes y perspectivas que aseguren su incorporación en

el mercado profesional con una justa remuneración. Hay que agregar que en esto tienen mucho que ver las políticas de salud de los entes estatales de cada país.

2. **Otras veces se elaboran planes de estudios correctos para las necesidades del país, y sin embargo las dificultades surgen enseguida cuando se tratan de implementarlos.**
 - 2.1. Ello puede deberse por no disponer del personal idóneo adecuado para dinamizar el proyecto. La falta de preparación académica y pedagógica del equipo docente es la causa más importante, o bien, no existe suficiente número de profesores con dedicación o tiempo completo, o las remuneraciones de los mismos son bajas con respecto a las que rigen en el mercado de trabajo profesional médico local por lo que no hay estímulo para la dedicación a la docencia e investigación, o bien la relación docente/alumno es deficitaria.
 - 2.2. La actualización profesional y pedagógica, del personal docente no está generalmente contemplada dentro del presupuesto de gastos de la mayoría de las facultades de medicina, y debido a ello la enseñanza se rutiniza y deteriora. Hay un dicho casi axiomático que expresa que la calidad de una facultad se mide exclusivamente por la que tiene el plantel de profesores que posee.
 - 2.3. Si bien la departamentalización de las asignaturas existe en los papeles en la mayoría de las facultades de medicina estructuralmente no siempre funcionan bien, debido muchas veces a que su poder de decisión frente a las autoridades legales administrativa-académicas, es de total subordinación, no llegando a desarrollar por lo tanto un nivel protagónico en el momento de la toma de decisiones.
 - 2.4. En un número grande de casos las facultades del tercer mundo no gozan de un presupuesto suficiente que les permitan cumplir con todas las funciones que les corresponden. Su principal fuente de ingreso es la subvención estatal, y es bien conocido que cuando se hace la distribución de los gastos presupuestarios, los rubros privilegiados como de las fuerzas armadas acaparan las sumas más importantes, disminuyendo mucho el destino de los fondos gubernamentales destinados hacia necesidades primordiales para el país, como son las áreas de la educación y de la salud, con las cuales están íntimamente entroncadas las facultades de medicina.
 - 2.5. Otras veces falta un real entendimiento entre las autoridades sanitarias del país y las facultades de medicina, en el sentido de aunar esfuerzos, definir funciones de cada uno de los sectores y elaborar planes de trabajo. A pesar de que las facultades de medicina tienen la obligación y el derecho de conocer perfectamente los perfiles demográficos y de morbi-natalidad del país, generalmente no están informadas con regularidad al respecto por parte de los responsables

- del cuidado de la salud, con lo que la enseñanza en referencia a los problemas de salud de la nación no se realiza correctamente porque dichos problemas se los desconoce.
- 2.6. Las estrategias de la atención primaria de la salud y de la docencia-servicio de extramuros para la formación de los estudiantes de medicina, a menudo no pasan de ser sino un mero enunciado que no se traduce en la práctica en las secciones correspondientes. Ciertamente no se realizan esfuerzos verdaderos para montar y/o aprovechar puestos sanitarios, centros de salud, consultorios periféricos en zonas urbanas, suburbanas y rurales que se utilizarían para actividades curriculares.
 - 2.7. La enseñanza tal cual se desarrolla actualmente insiste más en el área cognoscitiva y dedica poco o nada del tiempo escolar a la solución de problemas, autoaprendizaje, y desarrollo de habilidades, actitudes y valores. Es difícil lograr que los docentes disminuyan el tiempo fijo dedicado a las clases magistrales, ya que no están por lo general acostumbrados, ni tampoco preparados para diseñar otras técnicas pedagógicas alternas más activas y eficaces.
 - 2.8. Nadie duda que la falta de recursos físicos actúa en forma negativa sobre la calidad de la enseñanza médica, siendo imposible desarrollar adecuadamente ningún plan curricular, si no existen aulas, laboratorios, bioterios, bibliotecas, departamento audiovisual, hospitales de nivel universitario, servicios auxiliares de diagnóstico, servicios sanitarios de extramuros, equipos para investigación y espacio físico suficiente para cumplir todas las tareas académicas incluyendo las áreas de estudio, descanso y de educación física.
 - 2.9. El eslabón más débil de la cadena que soporta la calidad de la enseñanza médica, y en el que con más frecuencia se originan todas las dificultades que entorpecen el éxito de un correcto plan docente es el constituido por los recursos financieros. Probablemente no existan en América Latina más de 4 o 5 facultades de medicina que podrían atestiguar que sus asignaciones económicas estatales son correctas. Los aportes que efectúan los estudiantes de medicina en las universidades estatales son mas bien simbólicos en la mayoría de los países latinoamericanos, ya que es una norma casi general en todo el continente que la enseñanza universitaria sea mayoritariamente gratuita. Esta situación ha sido cuestionada ya en varios países, y existe una tendencia actual a elevar el costo de la matrícula, actitud bastante lógica y justa, ya que resulta difícil aceptar que el estado mantenga con el impuesto pagado por la mayoría constituida por la clase pobre, las universidades que están destinadas en un 90% a estudiantes de clase social media alta para arriba, y que en contrapartida existan todavía gran porcentaje de analfabetos que ni siquiera pueden gozar de la atención primaria gratuita (10).

DECLARACION DE ALMA-ATA

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-ata en el día de hoy, doce de setiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente declaración:

I

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II

La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII

La atención primaria de salud:

- 1) es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socio-culturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
- 2) se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
- 3) comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos de la

nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;

- 4) entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
- 5) exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud; sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
- 6) debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
- 7) se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a

fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamentos y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

DECLARACION DE EDIMBURGO

El objetivo de la educación médica es formar médicos que promuevan la salud de toda persona. Ese objetivo no está siendo logrado en muchos sitios, a pesar de los progresos enormes que han sido hechos durante este siglo en las ciencias biomédicas. El paciente individual debería aspirar a un médico entrenado como un escucha atento, un observador cuidadoso, un comunicador sensible y un

clínico efectivo; pero ya no es suficiente tratar sólo algunos de los enfermos. Miles sufren y mueren cada día de enfermedades que son prevenibles, curables o autoinducidas; y millones no tienen acceso a cuidados de salud de ningún tipo.

Estos defectos han sido identificados desde hace tiempo. Pero los esfuerzos para introducir una mayor conciencia social en las escuelas médicas no han sido notablemente exitosas. Tales hechos han conducido a elevar la preocupación en la educación médica por la calidad de los cuidados de salud, la prestación humanitaria de servicios de salud y su costo global para la sociedad.

Esta preocupación ha sido materia de debates nacionales y regionales, los cuales han involucrado gran número de individuos de muchos niveles de la educación médica, y ha sido enfocado por reportes, los cuales provienen de las seis regiones del mundo y los cuales abordan los tópicos básicos. También reflejan las convicciones de un número creciente de doctores en la enseñanza y práctica clínica, otros profesionales de la salud, estudiantes de medicina y el público en general.

La investigación científica continúa trayendo valiosas recompensas, pero el hombre necesita más que ciencia sola, y son éstas las necesidades de salud de la raza humana en su conjunto y de la persona como un todo, lo que los educadores médicos deben afirmar.

Muchas mejoras pueden ser alcanzadas mediante acciones dentro de la escuela de medicina misma, a saber:

- 1) Ampliar el rango de ambientes en los cuales los programas educacionales son realizados para incluir todos los recursos en salud de la comunidad y no sólo de los hospitales.
- 2) Asegurar que el contenido curricular refleje las prioridades nacionales de salud y la disponibilidad de recursos que se pueden mantener.
- 3) Asegurar la continuidad del aprendizaje durante toda la vida, cambiando el énfasis de los métodos pasivos tan ampliamente distribuidos hoy en día, a un aprendizaje más activo incluyendo el estudio autodirigido o independiente así como los métodos tutoriales.
- 4) Construir tanto el curriculum como los sistemas de evaluación para asegurar el alcance de la competencia profesional y los valores oficiales, sociales y no solamente la retención y recuperación de información.
- 5) Entrenar maestros como educadores y no sólo como expertos en contenido y recompensar la excelencia educacional tanto como la excelencia en investigación biomédica o en práctica clínica.
- 6) Complementar la instrucción sobre el manejo de pacientes con mayor énfasis en promoción en salud y prevención de enfermedad.

- 7) Procurar la integración de la educación en la ciencia y en la práctica médica, utilizando también la solución de problemas en ambientes clínicos y en la comunidad como base para el aprendizaje.
- 8) Emplear métodos de selección para los estudiantes de medicina, los cuales vayan más allá de la habilidad intelectual y logros académicos, para incluir evaluación de cualidades personales.

Otras mejoras requieren un mayor compromiso con miras a:

- 9) Estimular y facilitar la cooperación entre los ministerios de salud y los ministerios de educación, servicios de salud comunitarios y otros organismos relevantes en el desarrollo común de políticas, planificación, implementación y revisión de programas.
- 10) Asegurar políticas de admisión que adecuen el número de estudiantes entrenados a las necesidades nacionales de médicos.
- 11) Incrementar la oportunidad de aprendizaje, investigación y servicios conjuntamente con otros profesionales correlacionados con la salud. Como parte del entrenamiento del trabajo en equipo.
- 12) Clarificar la responsabilidad de asignar recursos para la educación médica continua.

Reformar la educación médica requiere más que acuerdos; requiere un amplio compromiso para la acción, liderazgo vigoroso y voluntad política. En algunos ambientes necesita inevitablemente del soporte financiero, pero mucho puede ser alcanzado por la redefinición de prioridades, y por una reasignación de lo que se está actualmente disponible.

Con esta declaración nos comprometemos con nosotros y hacemos un llamado a otros, para que nos unamos en un programa organizado y sostenido para cambiar las características de la educación médica, de forma que se satisfagan verdaderamente las necesidades de la sociedad en la cual está situada. También nos comprometemos a crear el marco de referencia organizacional requerido para que estas palabras solemnes sean trasladadas a la acción efectiva. El escenario está definido, el momento para la acción está sobre nosotros.

12 de agosto/1988

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Atención primaria de salud es fundamentalmente la atención sanitaria puesta al alcance de todos los individuos de una comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar. La atención primaria a la vez que constituye el núcleo básico del sistema nacional de salud, forma parte del desarrollo económico y social de la comunidad.

La atención primaria de salud estudia los problemas sanitarios de la comunidad, suministra servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de promoción de la salud. Deberá fomentar una adecuada nutrición, abastecimiento suficiente de agua potable, buena eliminación de las excretas, residuos y basuras, promoverá la salud materno-infantil, ayudará a la planificación familiar, inmunizará contra las enfermedades infecciosas, corrientes, luchará contra las enfermedades endémicas de la zona, suministrará educación en salud, y hará el tratamiento adecuado de las enfermedades y traumatismos comunes.

Así como el médico debe poseer aptitudes mínimas aceptables para manejar correctamente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades comunes en su comunidad, también debe adquirir conocimientos y desarrollar destrezas en los campos de la epidemiología local, regional y mundial, en la administración de salud, la promoción de salud, la educación para la salud, la medicina preventiva y la relación entre salud y economía.

El médico general recién egresado deberá insistir en su trabajo en temas de promoción de salud y en la prevención de las enfermedades más que en las tareas curativas, ya que el rendimiento en la salud de la comunidad será más efectivo y duradero.

Es interesante que el médico adquiera actitudes y destrezas de colaboración con las demás profesiones de los equipos de salud de la comunidad, de manera a coordinar esfuerzos para obtener mejores resultados mediante el trabajo en equipo. Para ello debe adquirir una sólida base ética, junto con una vocación humanística y de servicio a la comunidad.

El estudiante debe participar desde el comienzo de su carrera médica en las actividades docente-asistenciales que lo conecten con la comunidad en los puestos de atención primaria de salud, para desarrollar lo más precozmente posible su actitud de servicio (6).

BIBLIOGRAFIA

1. RONDON MORALES, Roberto: Del Reporte Flexner (1910) al Reporte sobre la Educación Profesional del Médico (GPEP-AAMC, 1984). Autoevaluación de las Escuelas de Medicina (Análisis Prospectivo), FEPAFEM. Caracas, octubre 1985 (IMPRESO).
2. ANDRADE, Jorge: Marco conceptual de la Educación en la América Latina. Serie desarrollo de Recursos Humanos N° 28. Organiz. Panam. de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 1979.
3. CRISTOFFANINI, Alberto P.: Tendencias actuales en Educación Médica. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile, Valdivia-Chile. 1981.
4. ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES: Physicians for the Twenty-First Century. The GPEP Report. Report of the Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine. One Dupont Circle, N. W. Washington, D.C. 20036. 1984.
5. TEMAS DE ACTUALIDAD: La Reforma de la Educación Médica. Un desafío inaplazable. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 107 (2). 1989.
6. FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA. Educación Médica en las Américas (Proyecto EMA). Apoyo de la Fundación W. K. KELLOG. 1987-1989 (Impreso).
7. FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA. Educación Médica en las Américas. El reto de los años 90. Informe final del Proyecto EMA. FEPAFEM. Caracas, Venezuela. (ISBN 98-6215-07-9), 1990.
8. FERREIRA, José Roberto: Análisis prospectivo de la Educación Médica. Educación Médica y Salud 20 (1). 1986.
9. FERREIRA, José Roberto y otros: El análisis prospectivo de la Educación Médica en América Latina. Educación Médica y Salud 22 (3). 1988.
10. ECHEVERRY, Guillermo J.: Pasos imperfectos hacia la Facultad del futuro. Datos, ideas y propuestas sobre algunos temas centrales. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina. Diciembre 1989 (Impreso).

RECURSOS DOCENTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCION 1991

HUMAN EDUCATIONAL RECOURSES OF THE FACULTY OF MEDICINE UNA 1991

Dr. Arquimedes Canese (*)

I. CANTIDAD Y DISTRIBUCION DE LOS PROFESORES

El nuevo currículo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Univ. Nacional establece una duración de siete años para el ciclo de Pre-grado de la carrera médica, de los cuales el último año está destinado al Internado Rotatorio y la pasantía rural. Un número total de 47 asignaturas se desarrollan en los seis primeros años (cuadro N° 1).

CUADRO N° 1

FCM-UNA: CANTIDAD DE ASIGNATURAS POR AÑO

1er. año	6
2º año	7
3er. año	5
4º año	8
5º año	13
6º año	8
Total	47

(*) Prof. Titular de la F.C.M. (UNA)
Director de Educación Médica de la F.C.M. (UNA)

Si bien el número de profesores es de 148, existen 37 profesores que ocupan cargos en dos Cátedras, así se explica que en la actualidad existan 185 cargos de profesores (Cuadro N° 2).

CUADRO N° 2

FCM-UNA: CARGOS DOCENTES

Encargados de Cátedras	13
Profesores asistentes	37
Profesores adjuntos	72
Profesores titulares	63
Total	185

La distribución de los profesores según su rango jerárquico en los distintos cursos y por asignaturas es bastante irregular (Cuadro N° 3).

CUADRO N° 3

FCM-UNA: DISTRIBUCION DE PROFESORES X ASIGNATURAS

Primer año	Enc.	Asist.	Adj.	Tit.	Total
Promedio de Prof. x Cát. = 2,0					
Anatomía Descrip. y Topográfica	—	—	3	1	4
Histología y Embriología	—	2	—	2	4
Biología y Genética	1	—	—	—	1
Medicina de la Comunidad	1	—	—	—	1
Metodología del Aprendizaje	1	—	—	—	1
Primeros Auxilios y Enferm.	1	—	—	—	1
Total	4	2	3	3	12
2º año					
Promedio de Prof. x Cát. = 1,0					
Fisiología	—	1	—	—	1
Biofísica	—	1	—	—	1

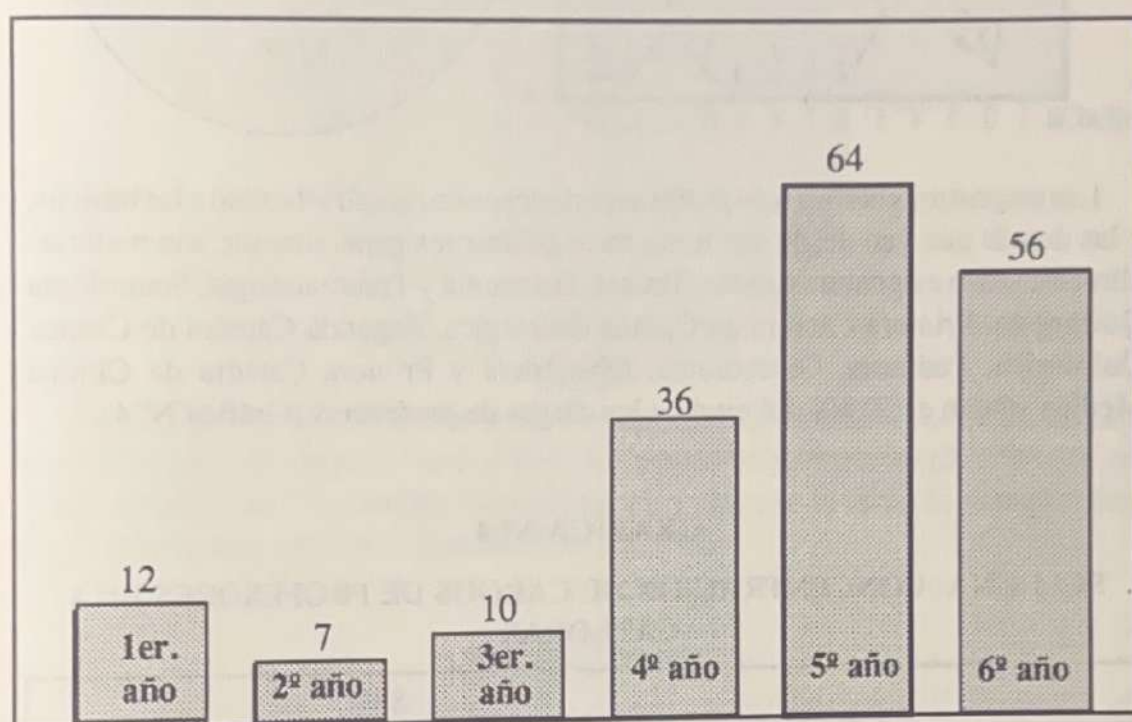
Bioquímica	—	—	1	—	1
Estadística y Demografía	1	—	—	—	1
Guaraní	1	—	—	—	1
Socioantropología	1	—	—	—	1
Psicología Médica	—	1	—	—	1
Total	3	3	1	—	7
3er. año					
Promedio de Prof. x Cát. = 2,0					
Microbiología	—	1	—	—	1
Fisiopatología	1	—	—	—	1
Anatomía Patológica	—	—	5	1	6
Epidemiología y Ecología	1	—	—	—	1
Computación	1	—	—	—	1
Total	3	1	5	1	10
4to. año					
Promedio de Prof. x Cát. = 4,5					
Farmacología	—	3	—	1	4
Patología Médica I	—	1	3	1	5
Patología Médica II	—	1	3	—	4
Semiología Médica	—	4	1	6	11
Nutrición	1	—	—	—	1
Neumología	—	1	1	1	3
Dermatología	—	2	1	—	3
Oftalmología	—	1	2	2	5
Total	1	13	11	11	36

5to. año					
Promedio de Prof. x Cát. = 4,9					
Medicina en Imágenes	—	—	3	2	5
Historia de la Medicina	1	—	—	—	1
Patología Quirúrgica I	—	—	2	2	4
Patología Quirúrgica II	—	1	1	2	4
Clínica Quirúrgica I	—	3	6	2	11
Clínica Quirúrgica II	—	2	7	2	11
Semiología Quirúrgica	—	2	2	2	6
Técnica Quirúrgica	—	—	1	1	2
Otorrinolaringología	—	1	1	2	4
Urología	—	1	—	1	2
Ortopedia y Traumatología	—	1	5	2	8
Neuropsiquiatría	—	1	2	2	5
Medicina Legal y Deontología	—	—	—	1	1
Total	1	12	30	21	64
6to. año					
Promedio de Prof. x Cát. = 7,0					
Toxicología	—	—	1	—	1
Metodología de la Investig.	1	—	—	—	1
Salud Pública y Adm. Hospit.	—	—	1	2	3
Pediatría	—	1	5	7	13
Ginecología	—	1	4	6	11
Obstetricia	—	1	4	5	10
Clínica Médica I	—	3	6	3	12
Clínica Médica II	—	—	1	4	5
Total	1	6	22	27	56

De los datos presentados en el Cuadro N° 3 se puede observar fácilmente la desigual distribución de profesores tanto en los distintos años de la carrera como en las diferentes asignaturas. Se nota un grave déficit docente en las asignaturas básicas, con solamente 29 profesores (15,6% del total) en los tres primeros años de la carrera médica, en tanto que el ciclo clínico absorbe el 84,4% de los cargos restantes (Gráfica N° 1).

GRAFICA N° 1

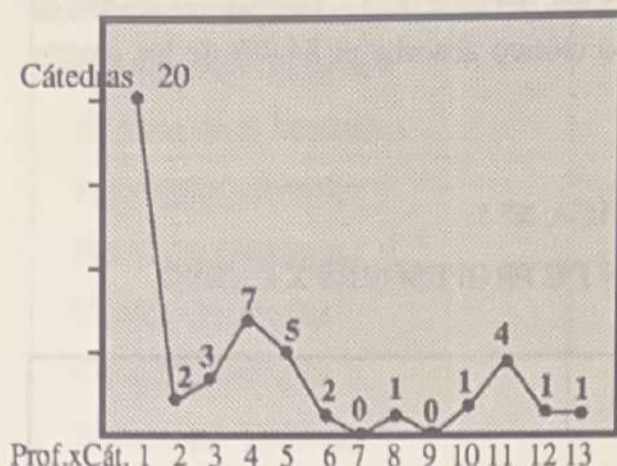
FCM-UNA: DISTRIBUCION DE PROFESORES X CURSO



El escalafón docente universitario está compuesto de profesores asistentes, profesores adjuntos y profesores titulares, cargos que se llenan mediante un sistema de concurso de títulos, méritos y aptitudes. Los encargados de Cátedra no escalafonados, son designados en el cargo por un año, cuando en las asignaturas no se dispone de profesores escalafonados, siendo por lo tanto un cargo transitorio. Existen 13 asignaturas que cuentan con encargados de Cátedra (27,6% de las asignaturas), a las que si le sumamos 7 asignaturas que tienen un solo profesor escalafonado, se llega a un total de 20 materias que son atendidas por un solo profesor, casi la mitad (42,5%) de las asignaturas del currículo (Gráfica N° 2), (Gráfica N° 3).

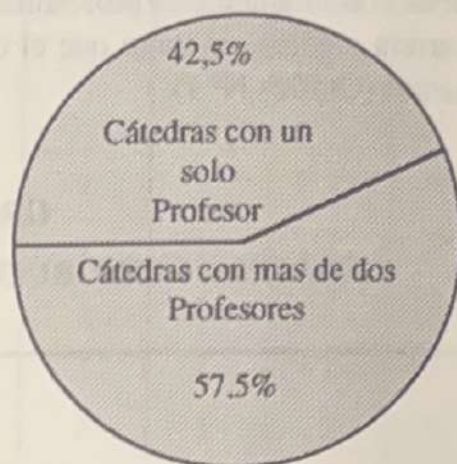
GRAFICA Nº 2

FCM-UNA: NUMERO DE PROFS. X CAT.



GRAFICA Nº 3

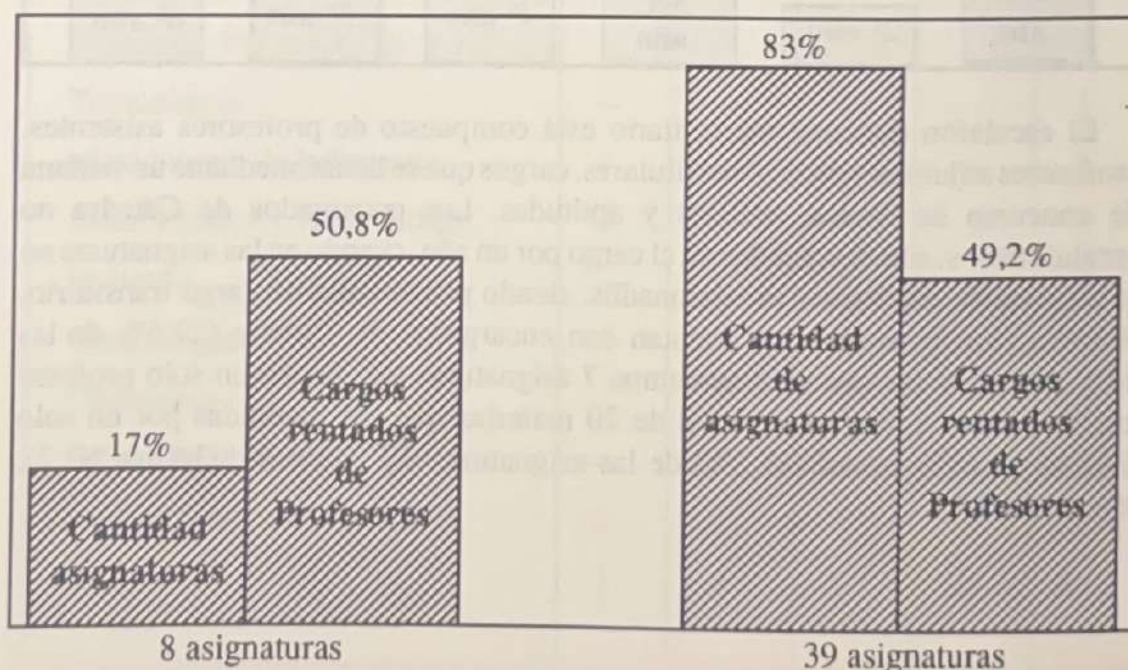
FCM-UNA: CATS. CON UNO Y CON DOS O MAS PROFESORES



Las asignaturas con un solo profesor pertenecen en casi su totalidad a las básicas, y las demás que van desde dos hasta trece profesores generalmente son materias clínicas. Ocho asignaturas, todas clínicas, Ortopedia y Traumatología, Semiología Quirúrgica, Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica, Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica, Pediatría, Ginecología, Obstetricia y Primera Cátedra de Clínica Médica suman el 50,8% del total de los cargos de profesores (Gráfica Nº 4).

GRAFICA Nº 4

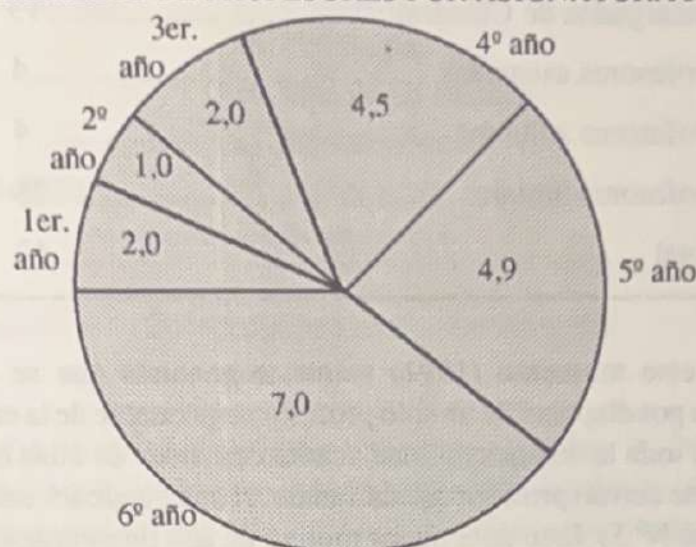
FCM-UNA: CONCENTRACION DE CARGOS DE PROFESORES EN 8 CATEDRAS



Como puede verse los datos sobre el promedio del número de profesores por asignatura por curso muestra tendencia a la acumulación de los cargos docentes en el ciclo clínico (Gráfica N° 5).

GRAFICA N° 5

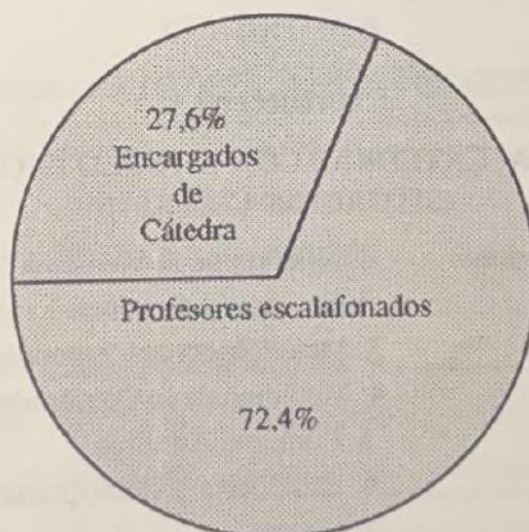
FCM-UNA: PROMEDIO DE PROFESORES POR ASIGNATURA POR CURSO



La jerarquía escalafonada de los profesores, demuestra un hecho preocupante, cual es la crisis de docencia que se vive en numerosas asignaturas (27,6%) que no han logrado llenar los cuadros escalafonados, y que por lo tanto se manejan con profesores encargados de Cátedras (Gráfica N° 6).

GRAFICA N° 6

FCM-UNA: ENCARGADOS DE CATEDRAS



Solamente el 72,4% de las asignaturas tienen profesores escalafonados, y aún en ellas no todos los Jefes de Cátedra son profesores titulares (Cuadro N° 4).

CUADRO N° 4

FCM-UNA: JERARQUIA DOCENTE DE LOS JEFES DE CATEDRA

Encargados de Cátedras	13
Profesores asistentes	4
Profesores adjuntos	4
Profesores titulares.....	26
Total	47

Existen en este momento (1991) veinte asignaturas que se encuentran en situación crítica por disponer de un solo profesor responsable de la enseñanza sobre el que descansa toda la responsabilidad académica, trece de ellas con encargados de Cátedra y siete con un profesor escalafonado, el que puede ser asistente, adjunto o titular (Cuadro N° 5). Esto debería ser motivo de alta preocupación por parte de las autoridades universitarias, porque es evidente que algo no funciona bien para que las cosas sigan andando así. Entre las asignaturas en situación crítica existen materias de la envergadura de Fisiología, Biofísica, Bioquímica, Fisiopatología y Microbiología, asignaturas básicas de muchas horas-alumno. Es probable que los estímulos económicos de los estipendios a los profesores, no se actualizan convenientemente y se encuentran totalmente desfasados en la actualidad con respecto a los sueldos del mercado profesional privado, constituyéndose así en el factor negativo más importante para atraer profesionales que estén interesados en seguir la carrera docente universitaria.

CUADRO N° 5

FCM-UNA: CATEDRAS CON UN SOLO PROFESOR (SITUACION CRITICA)

Encargados de Cátedras:	1. Historia de la Medicina
	2. Biología y Genética
	3. Metodología del Aprendizaje
	4. Medicina de la Comunidad
	5. Primeros Auxilios
	6. Estadística y Demografía
	7. Guaraní

	8. Socioantropología
	9. Fisiopatología
	10. Epidemiología y Ecología
	11. Computación
	12. Nutrición
	13. Metodología de la Investigación
Profesores Asistentes:	14. Biofísica
	15. Fisiología
	16. Psicología Médica
	17. Microbiología
Profesores Adjuntos:	18. Bioquímica
	19. Toxicología
Profesor Titular:	20. Medicina Legal y Deontología

Si bien la mayoría de las asignaturas con un solo profesor le corresponde a las nuevas materias del currículo actual, llama la atención el hecho de que haya todavía asignaturas básicas que no han resuelto el problema docente hasta la fecha.

Hay un 55,3% de las asignaturas curriculares que cuentan con uno o más profesores titulares. La ley universitaria en vigencia (1291/87) no fija taxativamente el número de los cargos escalafonados, y es por ello que interpretaciones legales últimas impusieron la norma de no limitar ninguno de los cargos de los profesores escalafonados, incluyendo el de los profesores titulares. Esto explica el porque, a partir de la última ley citada muchas Cátedras han llegado a tener desde dos hasta siete profesores titulares (Cuadro N° 6).

CUADRO N° 6

FCM-UNA: NUMERO DE PROFESORES TITULARES POR CATEDRA

1 Profesor por Cátedra en 8 asignaturas	8
2 Profesores por Cátedra en 12 asignaturas	24
3 Profesores por Cátedra en 1 asignatura	3
4 Profesores por Cátedra en 1 asignatura	4
5 Profesores por Cátedra en 1 asignatura	5
6 Profesores por Cátedra en 2 asignaturas	12
7 Profesores por Cátedra en 1 asignatura	7
Total de Profs. Titulares:	63

II. HORAS-ALUMNO DE LAS ASIGNATURAS

Actualmente la Facultad tiene dos períodos de clases: durante el primer período, que comienza habitualmente en marzo, se desarrollan durante cinco a seis semanas todas las asignaturas de cada curso cuya duración horaria sea baja. Es a partir del mes de abril cuando empiezan las asignaturas con mayor volumen de horas-alumno (Cuadro N° 7).

CUADRO N° 7

FCM-UNA: HORAS-ALUMNO DE LAS ASIGNATURAS

1er. año

Metodología del Aprendizaje	40 hs.
Primeros Auxilios	40 hs.
Medicina de la Comunidad	40 hs.
Biología y Genética	100 hs.
Histología y Embriología	280 hs.
Anatomía Descrip. y Topog.	380 hs.
Total	880 hs.

2º año

Estadística y Demografía	40 hs.
Socioantropología	40 hs.
Guaraní	60 hs.
Psicología Médica	60 hs.
Biofísica	100 hs.
Bioquímica	250 hs.
Fisiología	300 hs.
Total	850 hs.

3er. año

Computación	15 hs.
Epidemiolog. y Ecol.	40 hs.
Fisiopatología	250 hs.
Microbiología	300 hs.
Anatomía Patológica	300 hs.
Total	905 hs.

4to. año

Nutrición	40 hs.
Oftalmología	40 hs.
Neumología	40 hs.
Dermatología	40 hs.
Patolog. Médica I y II	100 hs.
Farmacología	150 hs.
Semiología Médica	400 hs.
Total	810 hs.

5to. año

Técnica Qca.	40 hs.
Historia de la Medicina	40 hs.
Ortopedia y Traumatología	40 hs.
Otorrinolaringología	40 hs.
Urología	40 hs.
Medicina Legal	40 hs.
Medicina en Imágenes	80 hs.
Neuropsiquiatría	100 hs.
Semiología Qca.	300 hs.
Clínica Qca.	300 hs.
Patol. Qca. I y II	100 hs.
Total	1.120 hs.

6to. año

Salud Pública y Adm. Hosp.	40 hs.
Toxicología	40 hs.
Metodología de la Investig.	60 hs.
Ginecología	100 hs.
Obstetricia	300 hs.
Clínica Médica	400 hs.
Pediatría	400 hs.
Total	1.340 hs.

III. DOCENTES RENTADOS EN CADA ASIGNATURA

El número de profesores y auxiliares de enseñanza rentados es por lo general escaso en los cursos básicos y aumenta muchísimo en los cursos altos. No existe ninguna relación estricta entre el número de docentes rentados y el volumen de hs.-alumno de cada Cátedra (Cuadro N° 8). Varios Auxiliares de Enseñanza reciben remuneraciones extrapresupuestarias, por lo que no figuran en el Cuadro N° 8.⁴

CUADRO N° 8

FCM-UNA: DOCENTES RENTADOS EN CADA ASIGNATURA

1er. año

	Profs.	Aux.E.	Total
Metodología del Aprendizaje	1	—	1
Primeros Auxilios	1	—	1
Medicina de la Comunidad	1	—	1
Biología y Genética	1	—	1
Histología y Embriología	4	4	8
Anatomía Descriptiva y Topog.	4	10	14
Total	12	14	26

2º año

Estadística y Demografía	1	—	1
Socioantropología	1	—	1
Guaraní	1	—	1
Psicología Médica	1	—	1
Biofísica	1	8	9
Bioquímica	1	3	4
Fisiología	1	7	8
Total	7	18	25

3er. año

Computación	1	—	1
Epidemiología y Ecolog.	1	—	1
Fisiopatología	1	—	1
Microbiología	1	9	10
Anatomía Patológica	6	5	11
Total	10	14	24

4to. año

	Profs.	Aux.E.	Total
Nutrición	1	—	1
Oftalmología	5	—	5
Neumología	3	5	8
Dermatología.....	3	8	11
Patología Méd. I y II	9	6	15
Farmacología.....	4	5	9
Semiología Médica	11	20	31
Total	36	44	80

5to. año

Técnica Qca.	2	—	2
Historia de la Medicina	1	—	1
Ortopedia y Traumatología	8	2	10
Otorrinolaringología	4	7	11
Urología	2	4	6
Medicina Legal y Deont.	1	1	2
Medicina en Imágenes	5	3	8
Patología Quirúr. I y II	8	13	21
Semología Qca.	6	6	12
Clínica Qca. I y II	22	24	46
Neuropsiquiatría	5	?	5
Total	64	60	124

6to. año

Salud Pública y Adm. Hosp.	3	—	3
Toxicología	1	—	1
Metodolg. de la Investig.	1	—	1
Ginecología	11	2	13
Obstetricia	10	7	17
Clínica Médica	17	24	41
Pediatría	13	5	18
Total	56	38	94

IV. CANTIDAD TOTAL DE PROFESIONALES MEDICOS EN LAS CATEDRAS CLINICAS

Se presenta un estudio comparativo entre el número total de profesionales médicos, dedicados a la docencia, asistencia, profesores, instructores, residentes, jefes de departamentos, jefes de salas, especialistas y servicios de guardias, en relación con el número de camas disponibles en los distintos servicios clínicos en donde se desarrollan actividades académicas. No se incluyen en la lista como profesionales médicos los 80 internos, que concurren por grupos de 15 a 20 en los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría. (Gráfica N° 10).

GRAFICA N° 10

FCM-UNA: TOTAL DE PROFESIONALES MEDICOS EN CATEDRAS CLINICAS

4to. año

	N° camas	Prof. médicos
Oftalmología	40	21
Neumología	30	17
Dermatología	—	13
Semiología Médica	50	71
Total	120	122

5to. año

Ortopedia y Traumatología	25	15
Otorrinolaringología	25	18
Urología	40	19
Semiol. y Clín. Qca. I y II	90	114
Total	180	166

(Nota: Neuropsiq. tiene Hosp. aparte)

6º año

Ginecología	30	16
Obstetricia	84	63
Clínica Médica I y II	100	110
Pediatría	90	54
Total	304	243

Todas las actividades hospitalarias académicas en los servicios clínicos se realizan en el Hospital de Clínicas y el Hospital Neuropsiquiátrico, este último destinado exclusivamente a la Cátedra de Neuropsiquiatría. El Hospital de Clínicas con 604 camas tiene 531 profesionales médicos rentados que realizan funciones docentes y de servicio. Si se sumaran los 80 estudiantes de medicina el 7º curso del Internado, se alcanzaría un total de 611 personas. No olvidemos que este mismo Hospital de Clínicas es hasta ahora el único Hospital Universitario al cual asisten unos 500 estudiantes desde el 4to. al 6º año. Es evidente que resalta su notoria incapacidad para cubrir las necesidades académicas que necesita la actual matrícula atendida por la Facultad de Ciencias Médicas de la UNA.

V. PRESUPUESTO ESTATAL DE LAS ASIGNATURAS

Existen marcadas diferencias entre los rubros de enseñanza estatales que tienen las Cátedras Clínicas con respecto a las básicas, así como también se pueden observar las existentes en asignaturas básicas o clínicas entre sí, si se usa como parámetro el número de horas-alumno de cada una (Cuadro Nº 11) (Cuadro Nº 7).

Para la confección del Cuadro Nº 11 se computaron en cada asignatura las asignaciones mensuales de los profesores, auxiliares de enseñanza, residentes, jefes de departamentos, jefes de sala, especialistas y cualquier tipo de personal utilizado para el sostenimiento de la docencia como ser secretarías, bibliotecarias, cuidadores, etc. No se incluyeron, enfermeras, empleadas de limpieza de salas hospitalarias, laboratoristas, técnicos de medios auxiliares de diagnóstico, empleados de cocina, de comedor, de lavandería, gastos de medicamentos, ropas de cama, etc., vale decir que no se incluyeron gastos presupuestarios meramente asistenciales hospitalarios y que no tenían relación directa con la enseñanza.

CUADRO Nº 11

FCM-UNA: PRESUPUESTO MENSUAL DE ENSEÑANZA DE LAS CATEDRAS

1er. año

	Guaraníes	Equiv. US\$
Metod. del Aprendizaje	200.600	143
Primeros Auxilios	200.600	143
Medicina de la Comunidad	200.600	143
Biología y Genética	256.600	183
Histol. y Embriología	3.277.600	2.342
Anat. Descrip. y Topog.	4.707.000	3.262
Total	8.843.000	6.316

2º año

	Guaraníes	Equiv. US\$
Estadística y Demog.	200.600	143
Socioantropología.....	200.600	143
Guaraní	200.600	143
Psicología Médica	223.600	159
Biofísica	3.457.100	2.470
Bioquímica	1.125.800	805
Fisiología	3.824.900	2.735
Total	9.237.900	6.598

3er. año

Computación	200.600	143
Epidemiología y Ecol.	210.400	150
Fisiopatología	541.300	387
Microbiología	2.901.800	2.073
Anatomía Patológica	5.118.200	3.656
Total	8.972.300	6.409

4to. año

Nutrición	223.300	159
Oftalmología	6.316.500	4.512
Neumología	4.262.300	3.044
Dermatología	2.877.900	2.056
Patolog. Méd. I y II	2.316.500	1.655
Farmacología	2.473.600	1.767
Semiología Médica	16.066.700	11.476
Total	34.536.800	24.669

5º año

	Guaraníes	Equiv. US\$
Técnica Quirúrgica	1.335.500	954
Historia de la Medicina	200.600	143
Ortopedia y Traumatología	4.813.700	3.438
Otorrinolaringología	5.028.700	3.592
Urología	5.438.200	3.885
Medicina Legal	420.600	301
Medicina en Imágenes	3.224.500	2.303
Patol. Qca. I y II	2.999.500	2.143
Semiología Qca.	3.448.500	2.492
Clínica Qca. I y II Cát.	28.095.900	20.068
Total	55.045.700	39.318

(Nota: Neuropsiquiatría tiene presupuesto aparte)

6º año

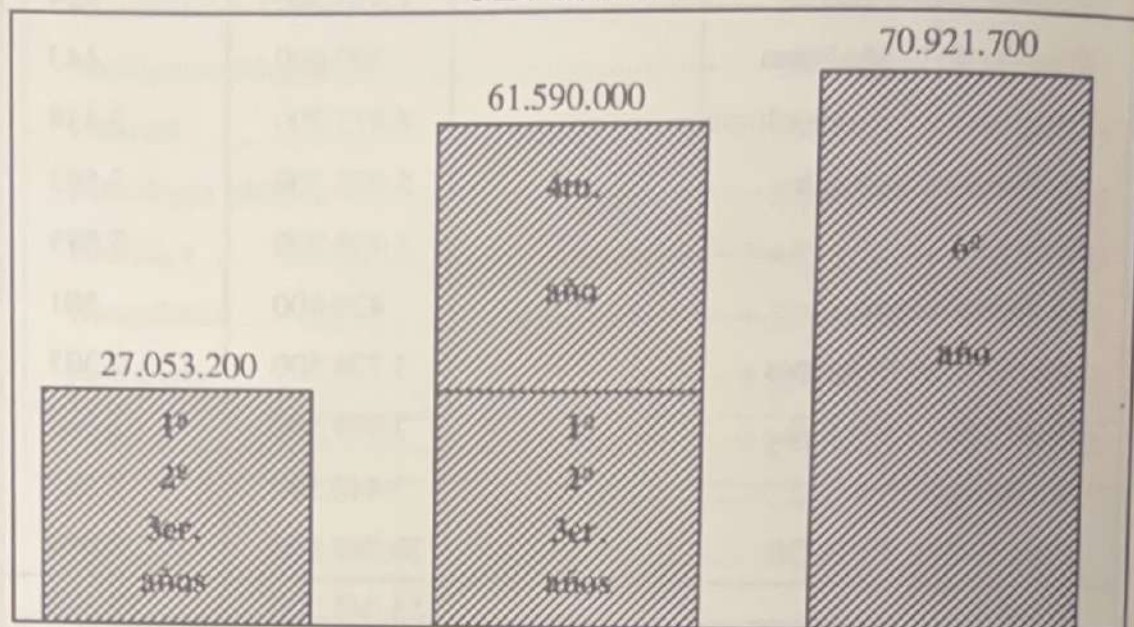
Salud Púb. y Adm. Hosp.	288.400	206
Toxicología	292.400	209
Metodología de la Invest.	200.600	143
Ginecología	4.981.100	3.558
Obstetricia	19.776.200	14.126
Clínica Médica I y II Cát.	29.029.700	20.735
Pediatría	16.383.100	11.702
Total	70.951.700	50.679

(Nota: el valor del dólar es de 1 US\$ = 1.400 G.)

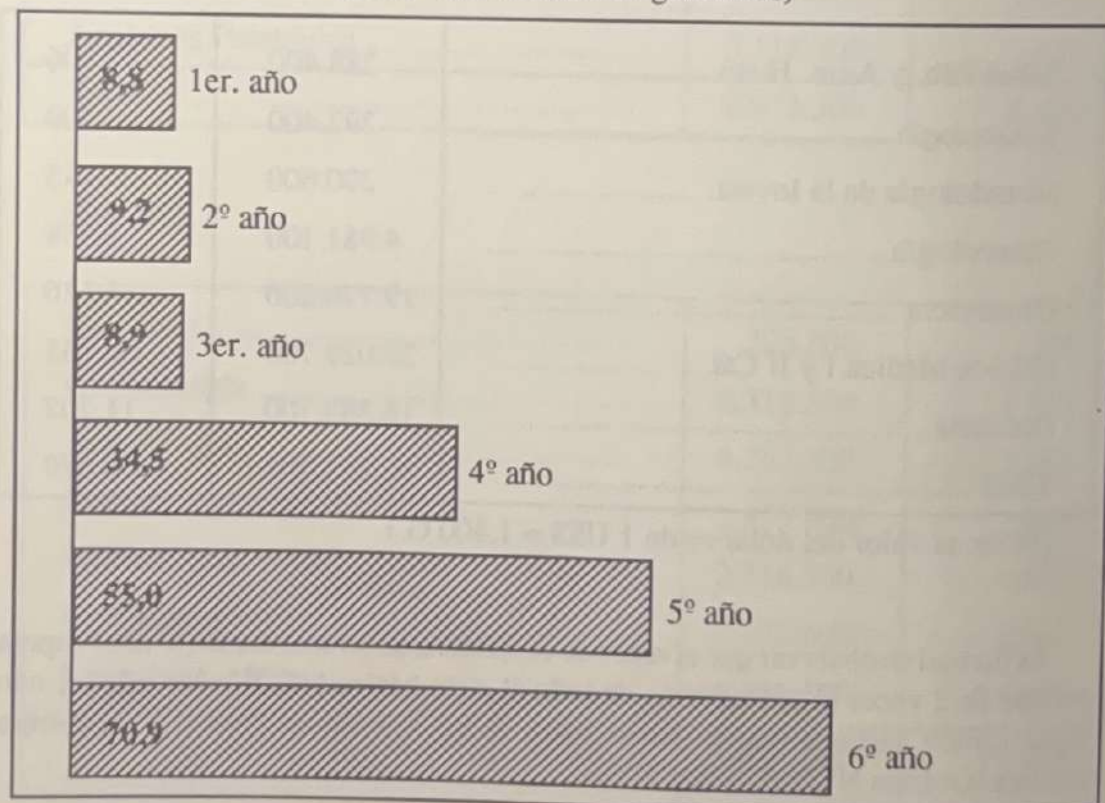
Es llamativo observar que el rubro de enseñanza de un solo curso (6º año) supera en más de 2 veces el presupuesto de todo el ciclo básico (1º, 2º y 3er. año), y aún sigue siendo bastante mayor que la suma de los 4 primeros cursos de la carrera médica (Gráfica N° 7) (Gráfica N° 8).

GRAFICA Nº 7

FCM-UNA: COMPARACION DE RUBROS PRESUPUESTARIOS MENSUALES



GRAFICA Nº 8

FCM-UNA: PRESUPUESTO MENSUAL DE ENSEÑANZA POR CURSO
(1991 - en millones de guaraníes)

El presupuesto mensual de gastos para la enseñanza proveído por el Estado, descontando en lo posible gastos hospitalarios netos alcanza a la suma de 187.557.400 guaraníes (133.969 US\$) que en un año incluyendo aguinaldo totaliza 2.438.246.200 guaraníes (1.741.604 US\$).

El presupuesto asignado a la Facultad de Ciencias Médicas para el año 1991, era de un monto total de 7.818.012.600 guaraníes (5.584.294 US\$), destinado para el sostenimiento de todos los gastos de la Administración Central, las funciones académicas y el mantenimiento del Hospital de Clínicas.

Si bien resulta casi imposible deslindar los rubros destinados a la mera función asistencial, de los puramente académicos destinados a la enseñanza, desde el momento en que la pedagogía universitaria moderna en educación médica se basa preferentemente en la docencia el tipo enseñanza-aprendizaje-servicio, es posible aproximadamente calcular dichos montos, aceptando desde ya, las imperfecciones y defectos que lógicamente existen, tales como no incluir la Cátedra de Neuropsiquiatría que tiene su rubro dentro del Hospital Neuropsiquiátrico, y sin incorporar gastos de diversos empleos y administración que aparentemente cumplen doble función (médicos de guardia, especialistas, residentes, etc.). Hecha esta salvedad y, con un margen de error de un $5\% \pm$, se puede concluir que del monto que recibe la Facultad de Ciencias Médicas del Presupuesto General de Gastos aproximadamente el 31% se destina a gastos de enseñanza y, el restante 69% es absorbido para el mantenimiento del Hospital de Clínicas.

ACADEMIA DE MEDICINA
DEL PARAGUAY