

COMENTARIO SOBRE EL SEGUNDO CONGRESO MUNDIAL DE EDUCACION MEDICA

Prof. O. GARCÍA ROSELL (*)

En 1953 se realizó en Londres el Primer Congreso Mundial de Educación Médica convocado por la Asociación Médica Mundial, al que asistió como Representante de nuestra Facultad, nuestro actual Decano, Dr. Alberto Hurtado, quien con la capacidad y precisión que le son características, dió a conocer, desde este mismo lugar, toda la importancia y trascendencia de ese acontecimiento. Se cristalizó ahí un anhelo mundial de definir y coordinar la enseñanza de la Medicina en acuerdo con la evolución de los conocimientos y las necesidades de los pueblos.. La inquietud por el estudio y discusión de este tema se marcaba claramente en la multitud de publicaciones aparecidas en todos los idiomas, por las reuniones de carácter local o regional habidas en diversos países. En esta inquietud, nuestro país fue un adelantado cuando, con ocasión del Centenario de la Fundación de la actual Facultad y por iniciativa del Prof. Carlos Krumdieck en 1951, se celebró en esta casa el Primer Congreso Internacional de Educación Médica, que reunió autoridades y conjugó ideas diversas y, a la vez, coincidentes en el espíritu común de hacer mejor tal formación técnica y espiritual del Médico.

Este Segundo Congreso Mundial fue convocado por la Asociación Médica Mundial, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, el Consejo para organizaciones internacionales de las ciencias médicas y la Asociación Internacional de Universidades y asistido por la A.M.A. y Asociación Americana de Colegios Médicos y se realizó

(*) Conferencia en la Facultad de Medicina de fecha 20 de Octubre de 1959.

en Chicago, Estados Unidos de N. A. en la primera semana de Setiembre último y en él tuve el honroso encargo de representar a la Facultad de Medicina de Universidad Nacional Mayor de San Marcos. "La Medicina, un estudio de toda la Vida" fue el tema fundamental del certamen y la frase que es base de síntesis y afirmación de doctrina, ha quedado como lema de toda la preocupación de los educadores, como que es la expresión del principio y el fin de toda alma dedicada al ejercicio de nuestra profesión.

El carácter mundial de la reunión quedó confirmado con la presencia de más de mil quinientos delegados representando a sesentiseis países de todos los sectores raciales, ideológicos y políticos. El respeto por las ideas, el mutuo interés por intercambiar experiencias, la sinceridad de las expresiones, la liberalidad en la discusión, constituyeron al reafirmación de que el interés por el mantenimiento de la salud y la vida, que es el objeto de la educación médica, está por encima de todos los otros factores que dividen a los pueblos y que está en los médicos el poder potencial de mantener la unidad de la especie humana.

Dos notas reveladoras de este gran espíritu fueron brillantes en el acto inaugural: el mensaje del Presidente Eisenhower en que reconoce que "hay urgente necesidad a través del Mundo para más médicos bien preparados, enfermeras y otros trabajadores sanitarios; y que "solamente mediante tal personal pueden ser conducidos los beneficios de la ciencia moderna a la lucha eterna de la Humanidad contra la enfermedad, el sufrimiento y la muerte"; "los expertos de muchas naciones intercambian conocimientos e ideas en el campo del mantenimiento de la vida, estoy seguro que su trabajo estrechará los lazos que une a la familia humana". Y la alocución del Presidente del Congreso, Dr. Raymond B. Allen, al decir "el hecho de que nos reunamos en certámenes nacionales e internacionales, publiquemos trabajos y nos comuniquemos unos con otros sobre estas cuestiones vitales, sin interferencia de nuestros gobiernos, augura bien para el futuro y la solución de los problemas que estamos considerando". "En tanto que nosotros, como individuos, estemos advertidos de nuestras responsabilidades y las ejerzamos con juicio y humildad, mirando solamente el bienestar de los seres humanos, no tenemos nada que temer para el futuro de nuestra profesión". "Todos debemos unirnos en la gran cruzada para la salud y bienestar de toda alma viviente en este planeta".

Desarrollo del Congreso.— Dada la diversidad de los aspectos y la cantidad y calidad de temas a considerar y discutir, el programa ha-

bía previsto el funcionamiento de cuatro secciones paralelas bajo los siguientes rubros: 1) Preparación básica clínica para todos los médicos; 2) Preparación avanzada para la práctica de la Medicina General y de las especialidades; 3) La formación de Maestros e Investigadores; 4) La educación Médica continuada. Además se realizaron sesiones plenarias. En la primera se trató de: 1) La cooperación internacional en la educación de graduados; 2) La participación de los estudiantes en la investigación; 3) La participación de los médicos prácticos en la investigación; en la última se hizo una compilación del trabajo de todas las secciones. Aunque el propósito evidente de esta programación fue el de sistematizar la discusión, ocurrió que dada la íntima correlación de todos los temas, algunos aspectos similares fueron tratados en las plenarias y diversas secciones, poniendo de manifiesto, en todo caso la unidad del problema sobreponiéndose a la complejidad de los aspectos parciales.

Cooperación internacional para la Educación de Graduados.— Se hizo evidente el rol de las organizaciones internacionales en la promoción de becas y viajes de estudios para elevar el nivel de preparación de los graduados y los países favorecidos manifestaron su reconocimiento. Pero, además, se revisaron algunos aspectos diferentes. Oradores del Medio Oriente hicieron notar sus problemas especiales. La India, por ejemplo, con su enorme población y sus tremendos problemas sociales, políticos y económicos, ha tenido muy escasa proporción de médicos. Para aliviar esta situación se ha incrementado el número de escuelas médicas hasta llegar al número de setentisiete. La necesidad inmediata es la de tener profesores en calidad y número para garantizar la eficiencia de esas escuelas y preferirían orientar la cooperación internacional en ese sentido. Esta necesidad es más marcada en cuanto se refiere a la enseñanza de materias preclínicas. Situación singular fue expuesta por un representante de Singapore, en donde han preferido recibir ayuda para la preparación de profesores en ciencias básicas, especialmente de Estados Unidos, pero también del Consejo Médico de la China.

Se mencionó la doble posibilidad de enviar Graduados a recibir preparación para ser profesores y la de recibir profesores de los centros más avanzados para adiestrar personal en un país necesitado.

Se mencionaron dificultades, en cuanto a posibilidad de alojamiento por largo tiempo de profesores de sus propios centros de trabajo, dificultades de idioma y de condiciones de vida. El Dr. More de los Es-

tados Unidos precisó que el intercambio debe entenderse no solamente en concepto técnico, sino también de cultura. Se insistió sobre el hecho de que la cooperación internacional falla cuando el propio país que ofrece facilidades para el mejoramiento de los conocimientos individuales del graduado termina asimilándolo a su ambiente, a causa de factores no considerados previamente o cuando el beneficiario del programa, al regresar a su país se encuentra desadaptado en su propio ambiente o no recibe las oportunidades para aplicar los conocimientos aprendidos. La intervención personal en esa discusión se refirió a nuestro reconocimiento por la ayuda extranjera y a la necesidad de ampliarla con un programa destinado a entrenar personal para que integre los cuadros docentes.

Como comentario podríamos colocar algunos puntos:

1) Para la consideración de un programa de cooperación internacional para la educación de graduados, debería tenerse en cuenta de que el problema es de educación y no simplemente de adiestramiento de técnicos. Los graduados deben ir a centros que tengan programas de enseñanza y no ir a trabajar como funcionarios o empleados médicos en donde no existe tal programa.

2) Siendo la enseñanza una calidad especial de trabajo médico, el adiestramiento de personal docente debe incluir metodología y técnica de la enseñanza. Esta habilidad especial para enseñar, que en la mayor parte de los países se aprende con la práctica a través de los años, puede ser sistematizada en programas.

3) La gran mayoría de los médicos en todos los países se dedican al ejercicio de la medicina clínica. Pocos son los que se dedican a las disciplinas preclínicas con sentido de investigación y de enseñanza. Por esto, los programas deben intensificar su propósito de cooperación en cuanto a docencia en estas materias.

4) El programa de profesores visitantes es útil y eficiente para el mejoramiento de los graduados en determinados capítulos, pero el adiestramiento de Graduados con propósitos de docencia no es función unipersonal, es función de ambiente y de equipo, como que la enseñanza de la Medicina en general y en cada una de las Cátedras es trabajo de grupo.

5) La cooperación internacional en la enseñanza de graduados no puede aplicarse según una norma general para todos los países considerados como "Subdesarrollados", porque dentro de tal calificación se encuentran situaciones y necesidades muy diferentes.

Participación de los médicos prácticos y de los estudiantes en la investigación.— El médico que se informa de los adelantos en los métodos de diagnóstico, de la clínica o de la terapia, generalmente, no valoriza las dificultades de la investigación que ha conducido a esos adelantos. Sin embargo, es el Médico práctico, quien tiene oportunidad de encontrar más problemas que pueden inducir a la investigación. Para que él pueda precisar cada interrogación es indispensable que sea preciso en sus exámenes clínicos y acucioso en la anotación de los datos. La investigación clínica requiere una sistemática que pueda conducir al planteamiento del problema específico. El Dr. Farquhanson, del Canadá, uno de los Relatores, insiste en este concepto repitiendo que el secreto para obtener el estudio de un paciente consiste, simplemente, en estudiarlo. Este trabajo, que debe ser corriente, puede inducir a la labor de un grupo, porque, actualmente la investigación es trabajo de grupo. El investigador, aparte de su vocación y sus condiciones personales, debe mantenerse en un adiestramiento permanente, tiene que mantener el hábito de investigar. El médico general que no está dentro de ese hábito, habitualmente fuera del equipo, necesita cierta preparación para confrontar los problemas que pueden ser motivo de investigación, haciendo juicios de un paciente a otro; debe aprender a manejar fácilmente la terminología que requieren sus informes. La principal dificultad del médico práctico para contribuir a la investigación es la obligación de su rutina diaria que cuando está alejado de toda influencia renovadora le induce a la mecanización con sus consecuencias inmediatas: rapidez y superficialidad. Esto puede conducirlo a creer en conclusiones de carácter individual sobre la observación de casos, que no resistirían al primer análisis de una investigación seria.

La investigación requiere cierta madurez. El estudiante debe ser inducido a ser un colaborador en la investigación cuando termine sus estudios regulares y aún en el curso de los mismos, según su capacidad y sus inclinaciones, pero ante todo debe ser informado de las técnicas generales de la investigación y de las normas para la apreciación de los resultados.

En todo caso, la investigación de orden clínico es la que está más al alcance del médico práctico y del estudiante y en ella puede ir forjando su propia disciplina.

Curriculum y métodos de instrucción.— Según el Prof. Kusama, de Japón, el propósito de la enseñanza preprofesional es la de hacer del estudiante un profesional responsable. El futuro estudiante de Medicina debe tener una sólida base de Humanidades, Ciencias Naturales y Ciencias Sociales. Para él estos estudios premédicos deberían durar tres años y en total, el estudio de la medicina no debería durar menos diez. Con tales ideas se inició una sesión en que fueron expuestas las más diferentes opiniones. En el consenso general quedó la necesidad de establecer principios generales y no entrar en la discusión detallada de las materias a enseñar. Para algunos el problema se reduce a preparar médicos que el Prof. Alessandri, de Chile, titula "indiferenciados" esto es, con conocimientos básicos y clínicos de carácter general sin tendencia alguna y solamente aptos para desarrollar en época ulterior la verdadera dedicación. Se reconoció que el curriculum básico debe incorporar las nuevas disciplinas derivadas de la aplicación a la medicina de las nuevas fuentes de energía y de las bases filosóficas y matemáticas para la evaluación del trabajo preclínico y clínico. Para otros, tal médico debería tener, además, una información básica sobre las especialidades. La duración del curriculum en ambos casos estará subordinada al grado de preparación premédica de los estudiantes. Se mencionaron programas de cuatro años, pero en todo caso se notó que los fundamentos de cada régimen estaban basados en condiciones muy particulares de cada país. Filosóficamente el estudio del curriculum no está referido al estudio de las enfermedades y la manera de curarlas, que era el concepto vulgar de la medicina vieja, sino al estudio integral del hombre sano y enfermo. Según esto el estudio sistemático, nosográfico, de las enfermedades, deberá ser modificado otorgando la mayor amplitud al estudio de los casos, como un entrenamiento permanente al conocimiento del hombre, en todos sus aspectos. El estudio de las ciencias básicas, antes llamadas preclínicas debe ser amplio y siempre con miras a la aplicación clínica en el estudio de los casos. El lugar de las especialidades dentro del curriculum motivó algunas opiniones. En general, la tendencia es a considerar las especialidades como materias de enseñanza post-grado. Sin embargo, existe una dificultad de interpretación en lo que respecta hasta qué límite un capítulo de la Medicina General

puede ser desglosado para considerarlo especialidad y más aún, sub-especialidad. En los países en que el número y la calidad de los especialistas es grande y el número de médicos regular en proporción a la población general, es fácil para el médico práctico buscar el auxilio constante del especialista para cada problema que rebasa los límites de su muy restringida preparación clínica. No es lo mismo en los países en que fuera de pocos centros con recursos médicos diferenciados, el médico práctico tiene que resolver por sí y sin posibilidad de auxilio problemas médicos, quirúrgicos, obstétricos, psiquiátricos, otorrinolaringológico, etc., etc. Indudablemente que en uno u otro caso, la calidad de médico general o "indiferenciado", será diferentes. En el primer caso bastará un curriculum reducido, con un amplio margen para el aprendizaje de las especialidades. En el segundo caso habrá que dar más amplitud al curriculum hasta que las condiciones generales de organización del país, permita una mejor distribución de médicos generales y de especialistas de acuerdo a la distribución geográfica de la población. Así es posible explicarse posiciones tan extremas como la del profesor japonés ya citado y la del Dr. Fog. quien enfáticamente concluye en que la sub especialización no puede detenerse y que el carácter del omniprático está luchando en campo atrasado. Dinamarca es un país pequeño, accesible en pocas horas a sus puntos más extremos, que ha llegado a tal organización social, que los niveles económicos y culturales están en una línea de muy pocas ondulaciones sobre toda la población. Uno de los países de curriculum corto en duración, pero no en días y horas de trabajo, es Estados Unidos de N. A. Quien lea una reciente publicación editada conjuntamente por la American Med. Ass. y la Ass. of Am. Med. Colleges podrá ver cuál es la duración de los estudios de un aspirante al ejercicio de la profesión médica; a saber: ocho años de instrucción primaria obligatoria, cuatro de instrucción secundaria, cuatro años de College o pre-universidad, cuatro años de estudios médicos para obtener el título universitario de Médico, pero un año o dos de trabajo de internado, viviendo en el hospital, con un horario que a veces rebasa los límites de la resistencia física; según los requerimientos legales de cada Estado, para poder presentarse a los exámenes del Board, entidad oficial no universitaria, para poder obtener la licencia para el ejercicio de la profesión, solamente en ese Estado o en los que tengan convenios interestaduales. Total, 21 a 22 años. El aprendizaje de las especialidades demanda seguir un programa de dos años para las menores, como Anestesiología, etc.; tres años para Medicina Interna, Pato-

logía, Dermatología y otras; cuatro años para algunas ramas de la Cirugía y cinco años para otras.

Si se compara la duración de los estudios totales con los de otros países de curriculum facultativo más largo,, se encuentra la aparente diferencia y se comprende porque la adecuación de los programas tiene que hacerse de acuerdo a la preparación previa y a las condiciones generales del país, tanto como a la coordinación interna y a la sucesión cronológica de los cursos. En mi intervención personal, hice notar cierta diferencia de concepto. En la mayor parte de los países de influencia latina, llamamos Médico, a quien está autorizado a ejercer la profesión, en algunos países se le llama solamente licenciado en Medicina. Titulamos Doctor a quien ha llenado requerimientos académicos superiores. En cambio en otros países, como el propio Estados Unidos se le llama Doctor en Medicina a quien apenas ha terminado su curriculum general, aunque todavía no ha hecho la práctica clínica que le permita presentarse a solicitar la licenciatura. Tal práctica es controlada y sometida a un régimen que, en realidad, constituye la continuación de los estudios profesionales. Esta es también la explicación de diferencias aparentes.

Un punto de trascendencia fue el referente al sistema de integración de curriculum. El fundamento del sistema es la unidad hombre como elemento básico de la Medicina. La desintegración de los programas para estudiar separadamente aspectos o partes de esa unidad que ha marcado la tendencia de la enseñanza en las décadas pasadas, ha motivado pérdida de la natural coordinación de los planes, dispersión de la atención del alumno, repetición unas veces y otras contradicción de conceptos, pérdida de la unidad en la doctrina, y esfuerzo extraordinario de los docentes. La separación artificial entre el estudio de la morfología y la función; la imposibilidad de marcar fronteras entre lo fisiológico y lo patológico, la indisoluble relación entre la patología morfológica y los procesos patogénicos que son biológicos; la relación estrecha e ineludible de la clínica con las ciencias fisiomorfológicas; la imposible demarcación fronteriza entre la clínica médica y la quirúrgica y entre aquella y las especialidades; hace que se ponga interés en revisar los programas para estrechar la relación entre las Cátedras y dar permanencia a esta relación. El conocimiento del individuo sano como base comparativa con el enfermo no pierde realidad a través de todos los estudios y durante toda la vida en el ejercicio de la profesión. Por todas estas razones ha tomado cuerpo la necesidad de la integración que no supone simplemente la compagina-

ción de los programas, sino más bien la acción conjunta, la interrelación permanente de los equipos en el campo de la docencia. Esta integración se ha venido haciendo espontánea, pero no regularmente. Ahora se aconseja ponerla sobre normas. El orden cronológico de los cursos se hace elástico y se prolonga a través de todos los estudios. Las ciencias básicas instruyen al alumno en los esquemas fundamentales de la macro y micro-forma y la función, pero siguen acompañándolo a través de los estudios clínicos y del internado.

El tiempo total del aprendizaje puede ser disminuído, pero el rendimiento de cada Cátedra superado en beneficio de una preparación integral del estudiante. Las tres etapas de estudios preclínicos, clínicos y de medicina de grupos serían enlazados en líneas paralelamente ascendentes a través de todos los estudios y se prolongaría en los estudios de graduados. Alguien calificó al sistema como "economía docente". En la integración, la enseñanza de las especialidades se hace en capítulos básicos y el grueso de la labor de las Cátedras se aplica a la preparación de especialistas.

En el planteamiento del valor de algunos métodos de enseñanza clínica, se comparó el rendimiento de la lección clínica magistral, la gran visita y la enseñanza en grupos. Se convino en que la lección magistral todavía tiene algún lugar, pero solamente para transmitir información científica de carácter básico. La discusión de casos clínicos o los seminarios en pequeños grupos obtuvieron la aprobación general. La gran visita, la vuelta por la sala de hospital de los alumnos siguiendo al profesor no fue defendida. Por lo demás, entre nosotros está olvidada hace muchos años. Para la presentación de casos y los seminarios se aconseja el anuncio del tema con una semana de antelación, para facilitar el desarrollo de la discusión. Las sesiones anatómicas si bien útiles para los estudiantes, no son comprendidas por los mediocres según la opinión de Snoeck, de Bélgica. Indudablemente que su lugar preferente está en la enseñanza de Graduados.

Desde luego, ningún sistema de enseñanza debe ser exclusivo y cada uno debe estar adecuado a la naturaleza de la materia a enseñar y a la calidad de los alumnos.

Hubo insistencia en reafirmar que el rendimiento de la enseñanza médica depende en gran parte de la cultura general premédica del estudiante. En tal sentido se expresaron ideas comunes emitidas por los representantes de las escuelas más lejanas entre sí, geográfica y culturalmente. Para el observador fue muy significativo no oír una voz que refleje la satisfacción por la calidad de la preparación preuniver-

sitaria, de su país respectivo. Esto confirma la creencia de que la crisis de la educación es de carácter mundial y que la causa está más allá de la deficiencia de los programas o del mayor número de conocimientos enseñados; ni aún, me atrevo a pensar, en la calidad de esos conocimientos. En suma, no es un problema de instrucción, es un problema de educación, de formación de personalidad. Las generaciones que nos antecedieron, viviendo dentro de un sistema eminentemente individualista, tuvieron las máximas oportunidades para educar a los jóvenes encerrados en los horizontes culturales entonces accesibles y el propio educando pudo ser el centro de atención de pequeños conglomerados. Las actividades humanas se fundamentaban en la calidad del individuo como entidad humana y las influencias exteriores para su modelamiento o para el aprovechamiento de sus cualidades se reflejaban en la acción de los pequeños grupos. La gran masa no tenía acceso fácil al conocimiento de las especulaciones científicas literarias, culturales, sociales o políticas de esos grupos. La "élite" que caracterizó la evolución de tal estado, en la segunda mitad del siglo pasado y los primeros años del presente, representó un avance en la elaboración del progreso. Gracias a la agrupación de los altos valores, en su mayor parte efectos de autoformación y no de un sentido escolástico, se inició la divulgación y desarrollo de los descubrimientos, hipótesis y teorías de los grandes investigadores, solitarios, del pasado. El adolescente de hoy desarrolla su juicio en un mundo en que la formación de la personalidad se hace en función de la influencia de los grandes grupos humanos sobre las cualidades personales. Jamás hubo tantas oportunidades para el desarrollo de la personalidad, pero jamás hubo más dificultades para adecuar la calidad de persona a los requerimientos de los grupos. El campo para trabajar se ha extendido en media centuria muchas veces más que en los dos mil años previos, pero la capacitación para trabajarlo en los infinitos sectores de las necesidades requiere un adiestramiento más complejo. Paralelamente la población mundial crece en progresión no previstas por los cálculos estadísticos de hace cincuenta años, las poblaciones se mueven de la agricultura hacia la industria, de la huerta al taller, del campo a la ciudad. Las ciudades crecen y las nuevas generaciones despiertan en un nuevo estado de conciencia. Aprenden tempranamente el valor de la cultura y se avivan en la constante y abigarrada información sobre los nuevos recursos de la ciencia, sobre las precisiones de la técnica y sobre la búsqueda, a veces confusa de nuevas formas en el arte, nuevas ideas en el pensamiento. Estas genera-

ciones indudablemente han adquirido un ansia de cultura, en parte como cultura misma, en parte como un medio para alcanzar la capacidad para ganarse la vida. Son muy pocos los Estados que han podido superarse a esta exigencia. La mayoría de los países, el nuestro entre ellos, no han podido organizar la capacidad de sus instituciones educacionales a la proporción de masas necesitadas de instrucción. Aparte de las deficiencias físicas, no hay maestros en relación a las necesidades, no hay orientación definida en los programas para balancear el sentido técnico de la instrucción con el sentido espiritual de la educación. No hay una tendencia a orientar la vocación de las juventudes hacia los nuevos y cada vez más promisoros campos de la técnica. Todavía vivimos, en gran parte bajo la influencia de la tradicional idea de que las profesiones clásicas constituyen la más promisoriosa meta para los jóvenes. La educación secundaria técnica es escasa y apenas vocacionalmente diferenciada. La gran masa estudiantil sigue la educación secundaria "standard" que no capacita para determinada función y que solamente da como perspectiva el ingreso a la Universidad. Sin embargo la Universidad comprueba que, aún ese camino está fallido porque su preparación es deficiente para afrontar los estudios profesionales. Una buena parte de las dificultades y conflictos universitarios se derivan de esta falta de adecuación de la enseñanza secundaria a la orientación de las energías juveniles hacia los campos más promisoros que él sospecha, pero de cuyo porvenir desconfía, pero de los cuales depende el verdadero desarrollo social y económico del país. Recibimos multitud de candidatos de vocación imprecisa y cuya capacidad de adaptación no está elaborada. Hay actualmente en el Mundo, singularmente en los Estados Unidos de Norte América, una inquietud extraordinaria por la reforma de la educación básica y secundaria, tal inquietud ha sido avivada por el impacto producido por el conocimiento del adelanto técnico de los países políticamente antagónicos. Nuestros países deberían aprovechar, dentro de los límites de su capacidad, tan impresionante experiencia.

Entrenamiento avanzado para médicos generales y especialistas.

Como premisa se estableció que la preparación de los graduados es responsabilidad de las Facultades de Medicina. Siendo la Medicina un estudio de toda la vida, las escuelas médicas no pueden eludir la responsabilidad de continuar la enseñanza sobre aquellos a quienes ha formado en la primera etapa, precisamente en aquella en que la responsabilidad del médico frente al enfermo no es aparente. En algunos

países las sociedades médicas juegan una función valiosa en la educación post-graduo. Esta contribución es importante, pero su valor es mucho mayor cuando su acción está coordinada con el espíritu, la doctrina y los recursos de las escuelas médicas. En este sentido se recomendó que en todas las Facultades se constituyan escuelas o, por lo menos, departamentos para la enseñanza de graduados.

Una dificultad al tratar este tema fue de la definir al médico general. Aparentemente parecería fácil decir que el médico general es el que no ejerce una especialidad. Sin embargo, cada país tiene experiencias diferentes. Existe el Médico General omniprático que hace la medicina general y todas las especialidades, inclusive la cirugía. Es obvio que dadas las condiciones actuales de los conocimientos, la amplitud de ellos y la necesidad ineludible de renovarlos, se hace imposible concebir la existencia de tal tipo de profesional, sin embargo, ese tipo existe y tiene que existir mientras prevalezcan las condiciones actuales de distribución de médicos en relación a la masa de habitantes y a la condición social, económica y cultural de ésta. La población económica y culturalmente subdesarrollada es numéricamente muy superior a la que es accesible en la mayor parte de los países, a la acción de los programas sanitarios. Otro tipo de médico general es el que trabaja en un ambiente en el que existen facilidades de manera que él puede actuar responsablemente como médico de familia y apto para solicitar todos los recursos auxiliares de diagnóstico accesibles y capaz de constituir equipo con los especialistas necesarios para cada caso y cada oportunidad.

Existe, además el gran internista, el Médico General de preparación superior, que actúa en centros desarrollados.

El tipo de enseñanza a profesionales depende de muchos factores. En primer lugar del tipo de enseñanza preprofesional. En las escuelas en las que el entrenamiento preclínico o el clínico es deficiente, los programas de graduados deberán tender a la subsanación de esa falla. En donde el Internado no es obligatorio dentro del curriculum, el programa de graduados con internamiento hospitalario es mandatorio.

No debe olvidarse que todas las Facultades fueron creadas para formar médicos y que ahora deben reformarse para enseñar profesionales.

Se llegó a afirmar que el médico general, en su mayoría, trabaja en condiciones subnormales y que nunca se alcanzará un programa de educación postgrado capaz de compensar la deficiencia que esa condición le impone. Debería emplear mucha parte de su tiempo en la

revisión y actualización de sus conocimientos, pero él mismo es quien menos tiempo tiene para dedicar al estudio. En ninguna parte se ha logrado reunir considerable proporción de médicos generales para recibir instrucción regular o periódica. En Francia y Austria se calcula en 10% el volumen de los que llegan a seguir los programas. Uno de los mayores inconvenientes es el de que los médicos difícilmente pueden abandonar su trabajo diario tanto por el interés de sus pacientes como porque ellos viven de esa práctica. Alguien sugirió que se buscaran medios para remunerar proporcionalmente a los colegas que dejan su trabajo para aprender más, pero se encontró que esto no está al alcance de las Facultades y que, podría pensarse en que las organizaciones médicas pudieran proporcionar alguna cooperación en tal sentido. Para el Dr. Gratz de Inglaterra, un buen médico general es más útil que un consultante.

Hay dos aspectos a considerar en los programas de educación a los médicos generales, el de las ciencias básicas y el de las clínicas. El profesional olvida mucho de las disciplinas básicas. Estas progresan incesantemente, por eso, se considera indispensable que en todo programa se incluya algo de actualización de conceptos en esas materias, especialmente en el conocimiento de nuevos métodos y nuevos recursos en fisiopatología, bioquímica, microbiología, etc. De otro lado, la enseñanza clínica debe ser hospitalaria e intensiva. Para esto es indispensable enseñanza en pequeños grupos y no es indispensable que sea hecha en hospitales de primera clase, pueden utilizarse todos aquellos que sean accesibles al programa y en donde se encuentren los casos que son de más frecuencia en el área de trabajo de los concurrentes.

En resumen, los cursos deberán ser cortos, intensivos y frecuentes para dar opción a la concurrencia de grupos sucesivos.

Mucho mayor tiempo se dedicó a la discusión de la enseñanza de especialidades. Hubo también cierta dificultad para ponerse de acuerdo en la definición y límites de éstas. Para Frontali, Pediatra de Italia, la suya no es tal, sino la aplicación de la medicina general en una época de la vida. Sin embargo los estudios duran seis años y la Pediatría sólo se estudia en uno de ellos. Además, hay especialidades y subespecialidades. Hay algunas cuyos límites con la Medicina General no pueden ser trazados. Si es verdad que el conocimiento limitado de la Medicina es peligroso, es más peligroso aún cuando esta limitación se refiere a una especialidad con olvido del paciente como unidad integral. Por eso los programas de formación de especialistas de-

ben ser aplicados exclusivamente a los graduados con amplia base de formación. La inclusión en la preparación pre-grado de conocimientos básicos de especialidades en su relación a la clínica general, facilita la organización de esos programas. El ejercicio de una especialidad con conocimientos no aprendidos en la Facultad puede conducir a extravío. El estudio del curriculum para la formación de especialistas es tan difícil como la elaboración del curriculum para los estudiantes y ambos deben estar coordinados.

En general, no hay especialidades mayores y menores. Cuando éstas son cursadas con concepto integral y con revisión de las ciencias básicas aplicadas a la especialidad y a la clínica general, todas son igualmente importantes. Sin embargo la duración de la enseñanza variará de una a otra materia según la calidad de las técnicas a emplear. En principio, la limitación de la enseñanza a los límites estrechos del conocimiento de un órgano o sistema conduciría a la subestimación de la especialidad.

La Medicina preventiva es especialidad en cuanto se refiere a la formación de Médico Sanitario, pero es, obligatoriamente, parte de la formación de médico general. La no incorporación de estos estudios al curriculum regular de los estudiantes, significaría un retroceso a épocas pasadas.

La cirugía es una especialidad y están conexas a ella muchas sub-especialidades. El estudiante solamente recibe las inducciones generales para la práctica quirúrgica. La Medicina no puede ser dividida en dos grandes capítulos: La Medicina y la Cirugía. Por el contrario la Medicina es por concepto integral y la cirugía objeto de especialización.

El método más recomendable para la formación de especialistas es el de Residencias. La permanencia del Médico-estudiante, dentro del ambiente hospitalario, permanentemente, siguiendo un programa dirigido, da la oportunidad de captar los conocimientos de la especialidad aprovechando los recursos de la clínica general, incluyendo la práctica para la evaluación de datos de laboratorio, anatomía patológica, radiología y demás. La división entre cursos teóricos y prácticos no es posible dentro de un programa integral. La cirugía de cada especialidad es parte de ésta. No debe haber cirujano especializado que no conozca las bases y la clínica de su especialidad.

En general, para la formación de especialistas, como para toda la enseñanza médica, tiene importancia la valorización de la calidad del personal docente, la calidad de los elementos de trabajo, incluyendo el material humano y la condición de los médicos alumnos. Hay docen-

tes magníficos que trabajan en hospitales carentes de facilidades. Al contrario, hay hospitales ricos en recursos y carentes de docentes. Los médicos-alumnos, regularmente pertenecen a distintas promociones, son de diferente edad y preparados en diferentes épocas, luego tienen preparación básica diferente. Proviene de regiones diferentes, habiendo confrontado problemas y dificultades distintas y tienen especial interés sobre aspectos diversos sea en la clínica general o en la de especialidades. Esto hace más difícil y más particular la elaboración de los programas.

Un problema interesante es el del reconocimiento de la calidad o el título de especialista. Como en el pasado hubo poca preocupación por la enseñanza de Graduados y aún en el presente no hay directivas o usos universales, la capacitación se hacía en la mayor parte de los casos, por agregación y no había formalidad en el título o calificación de aptitud. Esto fué salvado en algunos países por la intervención de las organizaciones médicas, según el Dr. Swerin, la que confiere la regulación después de cursos de tres o cuatro años. En Estados Unidos la preparación es por internamiento a tipo Residencia, en hospitales, por período de dos a cinco años y la calificación por los American Speciality Boards. El Dr. Ezzell, de Estados Unidos, piensa que el sistema de reconocimiento de especialista debe ser elaborado en un plan nacional, ya que en los cincuenta Estados hay reglas diferentes y en las Escuelas Médicas hay muchas variaciones en los programas de postgrado. Piensa, además, que el adiestramiento de graduados, en grupos, es superior al adiestramiento individual y que debería ser programado por las Facultades en cooperación con los hospitales y que las Asociaciones Médicas Nacionales deberían interesarse más en el intercambio de programas. La especialización en Cirugía General requiere un mínimo de tres años de Residencia, la de cirugía neurológica y ortopédica, cuatro y la de Cirugía torácica, cinco. En Francia hay un examen de Medicina general para los postulantes a estudiar especialidades. En el Japón la especialización se hace por el sistema clásico de agregación, pero la Asociación Médica Japonesa reclama, desde hace diez años su autoridad para la aprobación de esa calidad. El grupo de Decanos de ese país ha establecido que el sistema debe ser programado y progresivo.

Los cursos de refresco para especialistas fueron calificados como de gran valor. Un anhelo común fué claro, el de llevar periódicamente a los médicos generales información actual de los conocimientos médicos a través de la interpretación crítica de las Escuelas de Medicina

y la de alentar la formación de especialistas según el sistema de resistencias con programas dirigidos por las Facultades.

Desarrollo de Maestros Investigadores.— Aunque este tema fue programado para una sección determinada, su extensión e implicaciones con los demás temas hizo que fuera revisado desde aspectos bien distintos, en diferentes momentos. La selección del profesorado en Medicina confronta circunstancias complejas. Fahs, de la Fundación Kellogg a propósito de una iniciativa para un programa de profesores visitantes por períodos cortos, consideró que esto no era operante por la simple razón porque no existe, en parte alguna, un departamento especial para preparar profesores. Esto es evidente. La Enseñanza de la Medicina, como ya creemos haber expresado, no es un simple problema de transmisión de conocimientos ni puede estar sujeto de un sistema mecánico de comunicación; es un problema de educación. El profesor no solamente tiene la obligación de ser capaz en cuanto a calidad, cantidad y habilidad para renovar conocimientos, debe tener, además sensibilidad especial para interpretar hechos patobiológicos y anímicos e infundir esos conocimientos y tal interpretación, con sentido humano, en los alumnos. Houssay, Premio Nobel y Maestro consagrado, confirmó que el mejor Profesor es el que forma los mejores alumnos. Nunca un profesor de tercera clase forma alumnos de primera. En esto no hay condiciones genéricas, ni raciales, sino cualidades individuales. Estas cualidades pueden descubrirse desde la época de estudiante. Para descubrirlo hace falta contacto inmediato de los docentes con los alumnos, lo cual se facilita por el trabajo en pequeños grupos. La formación de profesores es labor progresiva, constituyendo una carrera. Debe existir vocación y ésta debe ser modelada gradualmente. Las improvisaciones no son compatibles con la buena enseñanza. En épocas pasadas, cuando no existía ese criterio era común la improvisación. Se elegía para Profesores a los Médicos notables por su cultura, su capacidad científica o su gran prestigio. Cuando estas condiciones coincidían con vocación docente el efecto era bueno, aún cuando deberían pasar años para la acomodación de esas cualidades a la docencia. Siendo en esa época la enseñanza práctica casi individual y la lección magistral el eje del método, el defecto parecía atenuado. Ahora la enseñanza es función de equipo y dentro de él existe toda la gama de oportunidades para la formación de profesores. Los maestros que sólo transmiten conocimientos forman técnicos, pero no médicos de profesión. El intercambio frecuente de conocimientos e impresiones entre todo el personal de cada Cátedra y entre grupos de docentes, la reunión de maestros viejos

y jóvenes en Mesa Redonda, constituyen formas concretas de la preparación de docentes sobre el concepto elemental de que la Medicina es una y el objeto de ellas es el individuo en su integridad. Para aprender esto no puede concebirse la existencia de un profesor especial ni de una escuela normal. Es la Facultad misma la que mantiene su permanencia y su evolución progresiva por ese sistema de formación docente.

El Dr. Candau, Director General de la Organización Mundial de la Salud, reconoció que hay en el Mundo escasez de Profesores e investigadores, constituyendo esto una necesidad de carácter universal. Hay una relación entre el número de pobladores y el de médicos necesarios para esa población y, por ende, esa relación debe existir entre población y número de escuelas médicas y como cada escuela exige un cuerpo regular de docentes, hay una relación natural entre la población total y número de docentes. En Israel hay un médico por cada 400 habitantes, en algún país hay un médico por cada cuarenta mil. En el primer caso no hay exigencia mayor para la formación de médicos, en el segundo serán necesarias muchas escuelas. En los Estados Unidos con 85 escuelas de Medicina hay 30,000 estudiantes. En el Perú con una escuela de curriculum normal y dos con sólo los dos primeros años, hay 1,800 estudiantes, la proporción es de 1.5 por mil en aquel país y 1.7 en el nuestro. Pero mientras allá hay aproximadamente un médico por menos de 100 habitantes, nosotros tenemos uno por cada dos mil quinientos. Si los 10'000,000 de habitantes de nuestro territorio fueran accesibles a los programas de la medicina asistencial y curativa, como en aquel país es la población total, nuestra necesidad en número de médicos marcaría déficit apreciable, pero como esto no es así, la formación de médicos en el país debe ser normalizada en relación a la población que se va haciendo accesible, so pena de agravar los ya serios problemas del ejercicio profesional con sobreproducción de graduados. Las nuevas Facultades y las que puedan crearse deberán ajustar sus cuotas de alumnos a esa proporción. Consideramos que nuestro problema inmediato es el de preparar a los médicos con miras a facilitar la formación de equipos que permitan la extensión del sistema de grupo en la asistencia médica a las poblaciones alejadas, tratando de hacer desaparecer el trágico aislamiento de los médicos que ejercen solos en los lugares apartados y dando los beneficios de los recursos auxiliares y de la especialización a esos grupos humanos, abriendo realmente el campo para las nuevas generaciones de profesionales.

Representantes de varios países, especialmente de aquellos que han logrado su independencia en los últimos tiempos y que confrontan

la necesidad de crear sus propias escuelas de Medicina, es la de conseguir el cuerpo de profesores que garantice la eficacia de su propósito. No habiendo tradición de enseñanza en sus propios lugares, su esperanza está en la formación de profesores en el extranjero, lo que ha dado lugar a las más interesantes revelaciones. No habiendo escuelas para profesores, los jóvenes profesionales enviados con ese propósito van a adquirir conocimientos, pero no capacidad docente y los conocimientos son adquiridos en ambientes muy desarrollados que hacen contraste con el medio en que deberán actuar después. La experiencia de los países que se han beneficiado de programas de becas desde hace mucho tiempo hicieron notar como un gran número de esfuerzos se pierde por fenómenos de desadaptación e insistieron en la gran dificultad de encontrar profesionales que deseen incorporarse a la docencia, la que en general ofrece pocas compensaciones materiales. Dijo él, que aún en países muy desarrollados no hay número suficiente de profesores y que en ese número hay buenos, mediocres y malos. Esto ocurre en la cuarta parte de los países del Globo, las otras tres cuartas corresponden a los países llamados subdesarrollados, cuya situación ya se puede deducir. Se discutió el rol de la contratación de profesores extranjeros para salvar las deficiencias locales y se citaron ejemplos halagadores. En muchos casos la presencia de tales profesores constituyen un aliciente para los estudiantes. Sin embargo, es muy difícil conseguir que los buenos maestros abandonen el ambiente propio para adaptarse a nuevas condiciones generalmente muy inferiores en facilidades de trabajo a las propias y que se mantengan el tiempo suficiente como para crear una escuela o infundir un sistema disciplinado de trabajo. Un profesor relató su propia experiencia de contratado en un país en donde no pudo cumplir su función porque los hospitales eran primitivos.

Comparando nuestra situación con la que expusieron algunos delegados, si bien estamos lejos de sentirnos en la plena satisfacción de nuestros deseos, tenemos suficientes argumentos para asegurar que no estamos en la situación más desfavorable. Tenemos un número competente de docentes jóvenes que, en cada Cátedra, está haciendo la carrera docente y la Facultad hace lo posible para acercarse a las normas básicas para la coordinación de los estudios. El aliento a la ayuda de las organizaciones internacionales habrá de ser para perfeccionar estas condiciones y para dar elementos de comparación y de juicio a quienes ya demuestran la inclinación al cumplimiento de los progra-

mas y para mejorar las condiciones materiales indispensables para la enseñanza.

Igualmente interesante fue la discusión referente a la formación de investigadores.

La investigación es función inherente, aunque no exclusiva de las escuelas médicas, en cuanto a su práctica. Lo que si es función definida de la Facultad es descubrir y disciplinar el espíritu del investigador. La vocación por la investigación no se crea, se descubre por métodos inductivos o deductivos. El estudiante que es poseedor de esa cualidad es reconocido si el docente está preocupado en esta búsqueda y tiene sensibilidad de maestro para apreciarla. Su deber es alentarla y encauzarla. El maestro debe tener suficiente criterio para discriminar entre la verdadera vocación y el entusiasmo fugaz despertado por información circunstancial. Fue contemplada la participación del estudiante en los programas de investigación y en general, fue aprobada, siempre que esa participación no interfiera en su preparación integral. Algunos dudaron de que dada la indispensable amplitud de los programas que obliga a un trabajo intenso y continuado, así sea para lograr solamente una preparación básica general, sea posible comprometer algún tiempo es este trabajo que tienen carácter de extraordinario. De ninguna manera se debe descuidar esa preparación. De otra manera podríamos conseguir investigadores con preparación básica imperfecta y por lo tanto hábiles en la interpretación de los resultados o en la aplicación de aportes alcanzados. De otro lado se debe insistir en el curso de la preparación general, desde las ciencias pre-clínicas y en las clínicas sobre los métodos generales de la investigación, el sistema de obtención de los datos, los métodos de apreciación de su calidad y su interpretación analítica. Esto comporta desde métodos de planteamiento hasta normas generales de evaluación matemática y estadística. Al terminar su curriculum el estudiante debe haberse creado un juicio disciplinado capaz de apreciar el significado y la validez de los resultados de investigación que el público profano recibe cada vez con más frecuencia y que en ocasiones conduce a extravíos o reacciones colectivas equivocadas. Además, con estos elementos de juicio, será efectivamente, en la práctica privada un inductor de temas para la investigación.

La investigación médica es función de equipo. Al estado actual de la ciencia no se concibe el investigador solitario. El estudiante puede integrar, ocasionalmente, este equipo, como puede hacerlo el médico ge-

neral: Ambos pueden aportar datos y tomar experiencia en la manera de manejarlos.

No puede haber enseñanza sin investigación y viceversa. Lo que se enseña es fruto de la investigación, lo que se investiga ha sido inducido por enseñanza anterior. Es difícil, en las escuelas médicas desligar esta doble función. Pueden y deben haber investigadores puros en el equipo de las Cátedras, pero íntimamente conectados a los docentes. Es aconsejable que el investigador participe, en alguna forma, así sea ocasional o indirectamente en la docencia. Cuando en una persona se reúnen, con igual calidad las dos condiciones, el resultado es superior, pero es difícil encontrar un número regular de personas con esa doble cualidad. Si se consigue un número de jóvenes en esta condición, la escuela conquistará un gran nivel. El investigador y profesor es un auténtico ciudadano del Mundo. En el campo de la investigación es en donde la cooperación internacional alcanza su más sólida eficacia. Si la investigación encuentra mucha dificultad en cuanto a la selección de personal y en cuanto a la calidad de trabajo hasta el punto de demandar la creación de una metodología cerebral, confronta además la dificultad de su costo. Es aquí donde se requiere la más amplia y precisa comprensión y cooperación.

No hay ningún procedimiento para enseñar a investigar, pero cuando la disciplina está creada constituye un hábito capaz de durar toda la vida del médico. Sin embargo la discontinuidad del ejercicio puede hacer perder el hábito.

La función del hospital en la enseñanza.— No se concibe enseñanza clínica sin hospital. Pero hay diferentes situaciones. El hospital docente, esto es planeado y mantenido con propósitos de enseñanza constituye el ideal. Pero debe reunir condiciones de capacidad y equipo que hace su costo inaccesible a la mayoría de las escuelas médicas. Cualquier hospital bien entendido que reúna los requerimientos mínimos aconsejados por la técnica de Administración de hospitales, que es en verdad, una nueva forma de especialización médica, es adaptable a la enseñanza. Limitado el valor de la lección magistral, descartada la significación de la gran visita y reafirmado el valor de la discusión de casos en pequeños grupos, el hospital proporciona las condiciones máximas de rendimiento. Se aconseja interesar cada vez más al estudiante en la responsabilidad por el cuidado de los enfermos. Se llegó a decir que el patrón que tiene bajo su responsabilidad un gran número de pacientes no puede otorgar atención individual sino de dos o tres minutos a cada uno y que esto podría contrariar con la preocupa-

ción de que el alumno permanezca el mayor tiempo posible en contacto con el paciente, pero en esto el rol ejecutivo corresponde al personal de instructores que deben ejercitar al alumno en la obtención de los datos y en la comprensión de los problemas físicos y espirituales del paciente. Es en razón del contacto permanente que la enfermera llega a conocer mejor ciertos aspectos de la personalidad del paciente. El estudiante con mayor preparación científica puede aquilatarlos mejor. Pero el estudiante no debe desdeñar el trabajo de enfermería, sino antes bien, interesarse en él y en cierto modo practicarlo. Así también el programa de enseñanza clínica debe llevar al estudiante a la certidumbre de que el cuidado de cada caso se completa con su trabajo o por lo menos su observación personal en el laboratorio y en los gabinetes de servicios auxiliares inclusive en el de Anatomía Patológica. En este sentido la labor asistencial y la docente es indivisible.

Clásicamente la función hospitalaria del estudiante se encerraba entre los muros de la sala de enfermos; su interés se extendió luego a los servicios generales. Hoy es imperiosa su incorporación a los servicios de consulta externa. Se puso mucho énfasis en esta clase de ejercicio que pone al futuro médico en condiciones más similares a las que encontrará en su práctica privada y le da más opción al conocimiento de los problemas personales del paciente que pasa su dolencia e inactividad. Esta práctica de consulta es extendida a todas las categorías de la clínica.

Se insistió mucho al tratar de este punto en la función del hospital en los programas de Internado y de Residencia para la formación de especialistas. El Dr. Nelson, de Johns Hopkins, declaró que la mayor parte de la intervención de los hospitales en la educación médica en los Estados Unidos se hace sobre base voluntaria. El programa se cumple por miembros del "Staff" reconocido por las Asociaciones Médicas de carácter nacional. Prácticamente la mitad de los estudios se hace en la Escuela y la mitad en el hospital. Cada programa de enseñanza es fruto de un acuerdo entre la Escuela de Medicina y la Dirección del Hospital. De esta manera los hospitales que obtienen la aprobación de sus programas se califican como afiliados a la enseñanza. Este es un timbre de honor al que aspira todo buen hospital. Sin embargo el programa de internos y residentes también se cumple en hospitales no afiliados, pero siempre las Facultades de Medicina tienen una gran influencia sobre ellos. Esta función pueden realizarla hospitales con servicios de pagantes y en organizaciones de Seguros. El Dr. Pickering, del Reino Unido, quien fue encargado de hacer el resumen de

la discusión del tema, consideró que la Medicina, un estudio de toda la vida, debe ser concebido con la participación del hospital en la preparación del futuro estudiante y del graduado. Se hace cargo de las dificultades de orden numérico para otorgar nombramientos en volumen que sería deseable, pero piensa que para el adiestramiento de graduados habría de utilizar todos los hospitales, aún los considerados como de segunda o tercera clase. Piensa que aún éstos deben ofrecer las siguientes condiciones: a) personal médico de calidad; b) posibilidad de hacer Anatomía Patológica; c) biblioteca y sala de lectura; d) discusiones semanales o más frecuentes; e) horario de trabajo que dé tiempo para que los médicos lean. En todo caso, los hospitales con programas de residentes deben recibir sólo a quienes han cumplido un adiestramiento en Medicina General y deben proveer facilidades para que reciban cursos o cursillos en ciencias básicas.

En resumen: La mutua interrelación entre las Facultades de Medicina y los hospitales constituyen la base material del lema: Medicina: estudio de toda la vida.

Ayuda económica de los Gobiernos y las fundaciones.— Las Facultades deben mantener su autonomía pedagógica y administrativa. Ni los Gobiernos, en casos de entidades de carácter nacional ni las entidades privadas que son propietarias de Escuelas Médicas deben intervenir en la doctrina, planteamiento y desarrollo de los programas. La educación no debe ser objeto de política reafirmó el Dr. Pickering. Este es un concepto de orden social fundamental.

La educación médica constituye un servicio nacional de primer orden y debe recibir toda la ayuda del Estado y se debe alentar la contribución privada.

Es de desear que Organización Mundial de la Salud, la entidad oficial de mayores alcances en materias de salud, intensifique su programa de preparación de personal para la educación médica. El Dr. J. M. Weir, de la Fundación Rockefeller, se refirió a la ayuda en cuanto a provisión de equipos de enseñanza, explicando las dificultades para un programa extenso en razón de los costos. Sin embargo, explicó, no hay limitaciones de carácter geográfico. Los programas pueden incluir países de cualquier parte del Mundo. Algunos países, la India entre ellos, manifestaron la importancia de la cooperación internacional en la preparación de Profesores de Ciencias Básicas. Problema similar confrontan casi todas las escuelas de formación reciente.

Sobre 10,000 programas de investigación, en los Estados Unidos, el 88% del personal que los ejecuta tiene posiciones a tiempo completo o tiempo parcial. Según el Dr. Allen, del Instituto Nacional de Salud Pública de ese país debe estudiarse y si es necesario tratar con los Gobiernos, sobre cual es el tipo de ayuda de las fundaciones que convendría más y cuál sería la extensión de los programas de becas. Se insistió sobre la necesidad de proporcionar condiciones de trabajo a los becarios que regresan a sus países. En la actualidad un número de ellos recibe ayuda material con ese propósito. Algunas fundaciones establecen como requisito para otorgar las becas el compromiso de que el beneficiario va a ser utilizado en la materia que va a ser preparado. Pero en general se reconoce que éste continúa siendo un punto débil en el programa de cooperación. Para muchos la garantía de rendimiento en este orden depende de los procedimientos para la selección de los candidatos. Hay gran relatividad en la calificación de los países que más necesitan la cooperación internacional. Un representante de Portugal hizo notar que en su país tienen programas y edificios, pero tienen deficiencias en personal y facilidades de biblioteca. Los becarios adquieren la educación y la disciplina del ambiente en que son preparados, pero les falta los recursos para aplicar esas ventajas. El Dr. de la Peña, de España, hizo notar de nuevo, los problemas que presenta la adaptación de los becarios al ambiente que llegan. El Dr. Hann dijo que muchos países europeos tienen gran tradición científica, pero no facilidades de trabajo y en ese sentido debe considerárseles como subdesarrollados.

Las voces de Latino-América, fueron un tanto diferentes. Venezuela está en situación singular, los becarios son mantenidos con fondos de su propio país. Colombia expuso que los problemas se presentan al retorno. México propone que el segundo año de adiestramiento sea en centros de enseñanza médica. Argentina advierte del peligro de la desadaptación al propio país de los que benefician de becas de larga duración. El problema fundamental es de equipos y material bibliográfico. Deben haber becas para perfeccionarse dentro del propio país. El programa debe contemplar la ayuda para docentes y para investigadores, principalmente. Según Houssay, en todos los países se producen descubrimientos que son contribuciones efectivas al progreso médico, pero hay falta de intercambio de informaciones. Hay universidades que han tenido comienzo brillante y han decaído por la falta de información. Alguien propuso la creación de un organismo internacional para información, con especial atención a los lugares en que se pueden en-

contrar cada determinado campo de adiestramiento. El Dr. Balfour, de los Estados Unidos propone que el intercambio debe ser: a) de profesores; b) de grupos de trabajo; c) que los programas deben ser continuados por acuerdos entre universidades y gobiernos y; d) que debe promoverse un programa de viajes cortos para Decanos y Directores.

Cada día aumenta el número de países nuevos que confrontan problemas de organización de sus escuelas médicas. Esto da un nuevo aspecto a los programas de cooperación internacional, pero da también una esperanza para mejorar la situación sanitaria de una parte considerable del Mundo.

En resumen: Hay deseos de que la cooperación internacional se oriente preferentemente al campo de la educación médica y de la investigación. La labor que hasta hoy efectúan las fundaciones produce enorme beneficio, pero es insuficiente para las necesidades mundiales. Conviene interesar más vivamente a los Gobiernos para intensificar esa cooperación.

Educación extramural.— Se ha dado esta denominación a la labor educativa de la Facultad fuera de sus propios locales. Al trabajo de educar a los graduados en el ambiente de la escuela, se agrega el de enviar la docencia al ambiente en que viven y se reúnen los médicos fuera de la Facultad. Esto incluye la organización de ciclos de conferencias; de grupos que visiten hospitales rurales, centros de Salud, Dispensarios, Hospitales no afiliados a la enseñanza, asociaciones médicas locales. Se entiende que de esta manera se mantiene el vínculo de la escuela con los egresados de una manera más continuada y en relación a mayor número del que es capaz de atender los programas regulares. Esto complementa, pero substituye a los últimos. En general estos programas deben confrontar el costo de la movilización y la calidad de los programas que deben ser cortos e intensivos. Fue interesante anotar que nuestra Facultad ha sido precursora en la iniciación de esta calidad de trabajo.

Otro aspecto de la educación extramural se refiere a la enseñanza de los alumnos en materias que no pueden ser objetivas en los cursos regulares. Esto es más importante en Medicina preventiva. El trabajo en Dispensarios y centros de salud bajo un programa; la afectación de determinadas áreas rurales para el estudio de la influencia de los factores socio-económicos sobre la epidemiología de las enfermedades, son parte integrante de esta modalidad. En algunos países como México, hay un período obligatorio de trabajo rural, después del Internado y pre-

via a la Graduación. Este programa está conectado con el sanitario gubernamental para los efectos de la coordinación y financiación. El estudiante trabaja en un "team" con personal auxiliar de sanidad. En algún país europeo del Norte, los estudiantes al término, son afectados a médicos de familia para que les acompañen y ayuden en la práctica privada. Esto crea problemas de otro orden, que hace difícil su aplicación en otros países. En general, todos coincidieron en la necesidad de completar la educación del estudiante con la confrontación de los problemas de orden socio-económico, fuera de sus propios locales, pero se comprendió que la realización sólo podrá hacerse en relación a las condiciones de cada país y cada escuela, y al desarrollo de los programas nacionales de Salud Pública.

Ayuda audio visual. - Como complemento a las deliberaciones, una sesión fue dedicada a la exposición de equipos para la ayuda audio-visual a la enseñanza. Se recomendó el uso más frecuente de películas médicas educativas y de la grabación como un método de difusión de lecciones y conferencias científicas, especialmente entre los graduados; la distribución de boletines de información periódica y finalmente de las nuevas aplicaciones de la televisión a propósitos de enseñanza. A la ya conocida teletransmisión de intervenciones quirúrgicas que da al estudiante una observación directa que no alcanza desde las galerías de observación de las salas de operaciones, agregando a esto narración de viva voz del operador y los detalles de la aplicación y control de la anestesia y de la función cardiorrespiratoria, se agrega la aplicación del mismo método a los exámenes radiológicos. Así en la gran sala de conferencias, pudimos seguir con todo detalle una completa sesión de diagnóstico radiológico que se verificaba en ese momento en un hospital de la ciudad, escuchar las observaciones del radiólogo y mantener —diálogos respecto a los hallazgos, entre los asambleístas y el propio radiólogo. La observación fue tan nítida y rica en detalles funcionales como la que podría haberse obtenido al pie mismo del equipo radiológico y en algunos momentos superior. El uso de estos implementos no está aun difundido en los Estados Unidos, pero hay el propósito de producir equipos en número y calidad comercial. Desde luego, para nosotros, la dificultad fundamental es el costo.

He tratado de informar en resumen acerca de la labor de seis días intensos de trabajo. Durante ellos, procuré dar a mi intervención como

delegado de la Facultad de Medicina, cuyo encargo de honor me complace en agradecer al Señor Decano y a los Señores Profesores, forma activa interviniendo en la discusión de los temas conexos con nuestra labor y de más interés para nuestra casa de estudios. Aparte de las reuniones formales, en este Congreso como en tantos otros, fue intenso el intercambio de ideas e impresiones con gran número de delegados, cuya experiencia transmitida en íntima conversación enseña tanto o más de lo que consignan los programas. Los representantes de los sesentiseis países representados, superando toda diferencia de raza y lengua y sistema ideológico, afirmaron comunidad en la idea central: la de coordinar los esfuerzos, y la energía de los educadores para dar al Mundo la más alta calidad en la enseñanza médica, para considerar al hombre sano o enfermo como unidad integral y eje de nuestra preocupación, para afianzar el origen en la vocación del estudiante y para acompañarle en mutuo intercambio de experiencias, razones y conocimientos, y fundamentos morales hasta el fin fijado por el lema: La Medicina, un estudio de toda la vida.