

# XVII Reunión del Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de las Academias Nacionales de Medicina, ALANAM, España y Portugal Bogotá, 23 - 25 de Febrero de 2006

## TEMA: EDUCACIÓN MÉDICA



La XVII reunión del Consejo Directivo de la ALANAM fue inaugurada por la Doctora Mirta Roses, Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, lo cual constituye un hito para ALANAM ya que por primera vez en su historia la Asociación inicia sus relaciones formales con la máxima institución internacional en aspectos de salud en el continente.

A la reunión asistieron 12 de las 14 Academias Asociadas y 20 Delegados. El tema de la misma fue "Educación Médica" que se había aprobado en la XVI reunión del Consejo celebrada en Lima en Abril de 2004. Actuaron como Presidente el Académico Zoilo Cuéllar Montoya y como Secretario el Académico Álvaro Moncayo Medina.

### Participantes

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE BUENOS AIRES

Presidente: Acad. Dr. Rómulo L. Cabrini

Delegado: Acad. Dr. Oscar Héctor Morelli

ACADEMIA BOLIVIANA DE MEDICINA

Presidente: Acad. Dr. Buddy Lazo de la Vega

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DEL BRASIL

Presidente: Acad. Dr. Antonio Luiz de Medina

Delegado: Acad. Dr. José Augusto Da Silva Messias

ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

Presidente: Acad. Dr. Alejandro Goic Goic

Delegado: Acad. Dr. Rodolfo Armas Merino

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA

Presidente: Acad. Dr. Zoilo Cuéllar-Montoya

Delegado: Acad. Dr. Jorge Cavellier Gaviria

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COSTA RICA

Presidente: Acad. Dr. Claudio Orlich Carranza

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE ESPAÑA

Delegados: Acad. Dr. Juan del Rey Calero y

Acad. Dr. Félix Pérez y Pérez

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO  
Presidente: Acad. Dr. Misael Uribe Esquivel,  
Vicepresidente: Acad. Dr. Emilio Garcia Procel

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DEL PARAGUAY  
Presidente: Acad. Dr. Hector Ratti Jaeggli

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DEL PERÚ  
Presidente: Acad. Dr. Eduardo Pretell Zárate  
Delegado: Acad. Dr. Alberto Ramírez Ramos

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE URUGUAY  
Presidente: Acad. Dr. Celso Silva

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE VENEZUELA  
Presidente: Acad. Dr. Otto Lima Gómez Ortega  
Delegado Acad.: Dr. Antonio Clemente Heimerdinger,

Se aprobó el Informe de la Secretaría y el Balance junto con el Estado de Resultados a 31 de Diciembre de 2005.

Los debates sobre las ponencias presentadas por las distintas Academias, llevaron a la preparación del

Documento final en el que aparecen las principales Conclusiones y Recomendaciones que se transcriben a continuación.

La próxima sede de la ALANAM para el bienio 2006-2008, será la Academia de Medicina de México y el tema oficial de la reunión de ALANAM en el 2008 será "Gestión y evaluación de la Atención Primaria en Salud". El nuevo presidente consultará con las diferentes Academias los sub-temas que se consideren pertinentes dentro del tema general propuesto.

De acuerdo con los Estatutos se eligió por unanimidad y aclamación el nombre del Académico Dr. Misael Uribe, de la Academia Nacional de Medicina de México, como Presidente para el período 2006-2008. El Presidente saliente, Académico Dr. Zoilo Cuéllar Montoya, dió posesión al nuevo Presidente, Académico Dr. Misael Uribe.

Puesto que en el bienio 2004-2006 se había congelado el cargo de Secretario Ejecutivo en razón a que el Dr. Zoilo Cuéllar Montoya había sido elegido Presidente de ALANAM, cuyo periodo termina hoy 24 de febrero de 2006, la Asamblea decidió reinstaurar las funciones del cargo de Secretario Ejecutivo de ALANAM con sede en Bogotá, Colombia, en la persona del Dr. Cuéllar Montoya.

## EDUCACIÓN MÉDICA

### RESUMEN DE LAS PONENCIAS

#### ARGENTINA

Se consideran dos aspectos importantes para el análisis de la situación; hay diversidad en la oferta de servicios y variabilidad en los recursos debido al desarrollo tecnológico y social. El avance de la tecnología exige una actualización permanente, además de lo anterior hay exceso de información y mucha rapidez en las comunicaciones. Para suplir estas necesidades se han considerado las siguientes clases de médicos: Sanitaristas o Epidemiólogos, Generalistas, Especialistas, Gerenciadore.

Los registros estadísticos demuestran que hay un exceso de los mismos y una concentración desproporcionada: en Buenos Aires hay un médico por cada 33 habitantes, en otras ciudades intermedias la proporción se equilibra a un médico por cada 992 habitantes, pero en otras comunidades más pequeñas no hay recursos médicos y las vías están intransitables. Lo anterior demanda urgente una política de Estado al respecto y una definición de las necesidades de tener un registro real de la situación. Se propone determinar el número y la financiación de las necesidades de médicos sanita-

ristas, también definir las características y necesidades numéricas de los médicos generalistas o de familia, para lo cual también se requiere una política de Estado. En cuanto a los especialistas, no solo es necesario planear su formación, sino que es importante evaluar su actualización. Este es el panorama de las necesidades educacionales asociadas a la realidad operativa.

#### CHILE

Se ha modificado el escenario en el cual se desenvuelve la educación médica, tanto en pregrado como en postgrado; la reforma universitaria de los años 60 terminó con las cátedras universitarias tradicionales y al reemplazarlas por departamentos, modificó las relaciones Docente estudiante y las características del proceso educativo. El gobierno militar de 1973 intervino las universidades designando las diferentes autoridades, perdiéndose de esta manera la autonomía académica y el término de la educación gratuita en las universidades públicas. Además de lo anterior, la restricción de aportes económicos obligó a los médicos a cumplir con sus programas sin contar con rentas y

con la obligación de cancelar matrículas y aranceles por sus estudios. Se dificultó la relación docente asistencial al dejar de operar la respectiva Comisión Ministerial. Se debilitó la integralidad y se favoreció la formación de especialistas. La incorporación de la tecnología en los establecimientos del estado se dificultó, hubo un crecimiento y desarrollo de las instituciones privadas las cuales poseían tecnología avanzada y moderna infraestructura. Se han creado numerosas escuelas de medicina en muy poco tiempo y con docentes no calificados, los campos clínicos no son los más adecuados; ni los mecanismos de selección de estudiantes son estrictos, los diferentes campos clínicos de prácticas deben ser compartidos por estudiantes provenientes de diferentes escuelas y con perfiles distintos. El aumento del número de estudiantes afectará en un futuro la calidad de atención, la inmigración de médicos también ha aumentado, la admisión de médicos extranjeros mediante convenios políticos se hace sin ningún mecanismo de evaluación; los médicos extranjeros son casi un 10% de la totalidad de los del país. La proliferación de escuelas de formación ha superado la capacidad de enseñar adecuadamente con los actuales recursos humanos y técnicos. Han ingresado al sector instituciones sin ninguna tradición educativa las cuales operan con un criterio eminentemente comercial, hay desinterés del sector académico en el desarrollo de la calidad ya que está mal remunerado; hay menoscabo en la formación de especialistas clínicos, ya que muchos médicos se especializan en la práctica en lugar de seguir programas formales, y los que lo hacen a su vez trabajan en otros lugares con objeto de financiar su sustento. Los hospitales públicos negocian con las universidades la práctica de sus estudiantes con un criterio eminentemente comercial; muchos médicos altamente calificados dejaron sus cargos en los hospitales públicos para trabajar en instituciones privadas obteniendo mejor remuneración y disponibilidad de mayor desarrollo tecnológico, disminuyendo de esta manera los recursos docentes disponibles para los hospitales universitarios. El crecimiento de escuelas de medicina privadas se hace mediante intereses económicos y de fortalecimiento de la imagen corporativa tanto de las universidades como de las instituciones de salud lo mismo que con afanes de desarrollo regionalista. La dedicación horaria de los docentes varía y está afectada por factores económicos y salariales; hay carencia de docentes idóneos, las universidades públicas no incentivan la dedicación a la docencia. Hay docencia en los consultorios con pacientes ambulatorios, pero debe disponerse de un número adecuado de docentes calificados, consultorios con fácil acceso a auditorios, bibliotecas y espacios de bienestar estudiantil. En algunas instituciones se está capacitando a los residentes y médicos jóvenes en la docencia e introduciendo tecnología y formación humanística en los planes de estu-

dios. No hay una integración adecuada entre los docentes de la áreas básicas y las clínicas, se recomendó iniciar el contacto precoz de los estudiantes con el área clínica lo mismo que fortalecer su formación como investigadores y docentes. Hay vacíos en la educación que inciden negativamente en la formación del médico, fundamentalmente en las áreas básicas. Se debe poner orden en el sistema de educación

## COLOMBIA

Los adelantos recientes y cambios tecnológicos motivaron cambios fundamentales en los esquemas de educación médica, los cuales corresponden a los siguientes factores: Las cambiantes actitudes y demandas de los patrones de la educación superior, las características de los estudiantes universitarios, las condiciones de los empleos, las nuevas tecnologías, el surgimiento de competidores en el sector corporativo privado, con proyectos de investigación de carácter comercial, los cuales controvierten los valores tradicionales de la educación superior. El reciente estudio de Tump y la encuesta Cheers, confirman que las competencias educativas, no corresponden con las competencias laborales. El ejercicio de la medicina exige que el profesional que la ejerce cumpla determinadas características que le preserven, de un lado, su autonomía y le den confiabilidad al usuario. Debe haber un compromiso de las instituciones formadoras tanto en la preparación de los programas académicos como en la formación de docentes. El influjo de la tecnología pasó por alto la influencia del entorno y deshumanizó el ejercicio médico; estos y otros factores han motivado a las instituciones universitarias a remodelar los mecanismos de formación del futuro profesional de la salud. Se enfatiza sobre la importancia de fortalecer las ciencias básicas, de dar la importancia necesaria a las humanidades y áreas sociales, de la misma manera que se debe dar la trascendencia necesaria a los avances tecnológicos y a la investigación. Las comunicaciones por medio electrónico han sido un baluarte para el conocimiento y un pilar para la investigación. No se puede hacer abstracción de los nuevos esquemas de seguridad social vigentes en la mayoría de los países de Latinoamérica, ni de los fenómenos socioeconómicos que aquejan a la mayoría de nuestros países, ni de la deshumanización profesional impuesta por las entidades contratantes de servicios, menos aun de la deshumanización del prestador de los mismos.

Se deben proyectar programas de formación con contextos, humanísticos, humanitarios, psicosociales, científicos, tecnológicos y éticos. Se debe vigilar el cumplimiento de los requisitos mínimos de los programas de pre y post grado, dar soporte técnico a los procesos de acreditación, fortalecer la capacitación pedagógica y didáctica de los docentes, crear mecanismos de orientación y mejoramiento de la calidad

de la educación media para integrarla a la educación superior, fomentar la investigación en la educación superior, implementar la autoevaluación, fortalecer la investigación en las maestrías y doctorados. Los anteriores factores serán la piedra angular de la formación del médico del futuro.

El objetivo propuesto no puede ser otro que formar un profesional con alto sentido ético y social, con capacidad de participar en la solución de problemas de salud, directamente en lo que se relaciona con la promoción y conservación, la prevención, el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación. Además, dotarlo de una sólida preparación científica y humanística que lo lleve a conocer la realidad nacional y a ser partícipe y factor multiplicador de los avances científicos y tecnológicos. Dentro de ese objetivo se han identificado como pilares básicos, la bioética y la investigación, además del humanismo y el humanitarismo.

Se da, en la propuesta, el puesto que merece la medicina familiar, dada la aplicación que ésta tiene en la mayoría de los países en donde su práctica ha sido positiva, pero se insiste en la importancia de una sólida formación integral que le permita resolver las más frecuentes patologías, además de instaurar programas adecuados de promoción y prevención.

No puede perderse de vista el papel preponderante que juegan, tanto la educación continua, como el impulso y estímulo de la disciplina de autoaprendizaje fomentados y dirigidos por los docentes. Sin lugar a dudas, la actitud positiva del docente y la diaria divagación sobre los más recientes avances del conocimiento enriquecen la cátedra y dejan en el alumno la satisfacción de aprender de un maestro autorizado, actualizado y verdaderamente docto. La actitud constante del docente se vuelve edificante para el futuro profesional quien asimilará lo que aquel le enseñe.

## **COSTA RICA**

Plantea el problema de la calidad universitaria, la cual se ha visto afectada ante la proliferación de instituciones autodenominadas universitarias; menciona la recomendación de la reunión de Ministros de Educación del MERCOSUR, la cual enfatiza que la educación superior debe ser un proceso educativo realizado por el Estado o por el sector privado, pero no un instrumento empresarial o de mercado. La educación médica en Costa Rica se aprobó en 1947, pero solamente hasta 1953 se creó la facultad de Medicina, su labor docente se inició en 1959 y la primera promoción de médicos egresó en 1965 y hasta febrero de 2005 se graduaron 3440 médicos. En 1972 se iniciaron los post grados los cuales en la actualidad llegan a 51 y hasta el 2004 habían formado 100 especialistas. Antes de 1959 los médicos se formaron en otros países lo cual ofreció una buena calidad, pero al mismo tiempo un carácter elitista. En 1976 se inició la escuela de

medicina en la Universidad Autónoma de Centroamérica hoy Universidad de Ciencias Médicas, luego surgieron siete escuelas de medicina planeadas sin tener en cuenta la disponibilidad de docentes adecuadamente preparados, ni las necesidades físicas ni la cantidad de médicos que el país necesita, algunas escuelas se crearon más con fines económicos que académicos. Además de la Universidad estatal hay siete escuelas de medicina y el gobierno cubano ofrece 50 becas anuales, además hay un número no determinado de médicos formados en otras universidades extranjeras que ingresan anualmente al país, hay una escuela de medicina por cada 440.000 habitantes.

Es difícil establecer parámetros de calidad, solamente hay dos escuelas acreditadas, lo cual no compromete la disposición constitucional de la libertad de enseñanza. Los estudiantes son becados por la seguridad social pero solamente en un número de 400 lo cual hace necesario un concurso para lograr dicha beca, este logro se hace mediante un muy buen rendimiento académico, para los post grados se implementó un sistema de selección consistente en exámenes teóricos y entrevista personal. La Academia Nacional de Medicina denunció la proliferación incontrolada de escuelas de medicina y la falta de garantías para sus egresados. El Colegio de Médicos y Cirujanos agrupa por ley a los profesionales adecuadamente capacitados, la incorporación anual aumenta considerablemente y de una manera desproporcionada, se registran cifras demostrativas no hay datos de desempleo o de subempleo médico, las estimaciones del Colegio Médico se acercan al 25 % en este caso. En la actualidad hay un médico por cada 490 habitantes, se proyectaron las necesidades a 5 y 10 años.

## **ESPAÑA**

Se enfatiza en la información, la motivación, las habilidades personales y la autoestima como medidas para mejorar la salud; se inicia un proceso de programación como parte integral de una adecuada planificación, la cual consta de: Diagnóstico de la situación, programación de la acción educativa, implementación de la intervención educativa, evaluación, participación de la comunidad; la promoción se considera como un medio para planificar y realizar un proyecto. En lo pertinente a la enseñanza se insiste en la participación de la familia, la escuela y la comunidad; la ONU describió los principales desafíos de la humanidad con suficientes datos estadísticos: con objeto de combatirlos se diseñaron estrategias de ayuda económica, comercio orientado al desarrollo y apertura de mercados, todo esto con objeto de erradicar la pobreza y el hambre, lograr la educación primaria universal, promover la igualdad de género, reducir la mortalidad infantil, combatir el SIDA, la tuberculosis y el paludismo, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.



La educación integral busca conocimiento científico, actitud crítica y compromiso ético, la actual crisis parte del desconocimiento de funciones y de la orientación de la educación, se pretende transmitir una actitud preventiva que evite factores de riesgo, compuesta de factores de prevención escolar con parámetros de calidad y comprensivos; se describen los diferentes estilos de vida y estructura social, hay que educar en el desarrollo personal, con principios de autonomía, autenticidad y responsabilidad.

La metodología está dirigida a saber, saber hacer, saber ser, capacidad de decisión y refuerzo de la autoestima. La reforma a la educación universitaria adecuó una evaluación rigurosa, un estímulo al intercambio académico, una flexibilidad de itinerarios académicos y un refuerzo a la enseñanza y la investigación; se describen las diferentes ciencias experimentales y de la salud, para las cuales hay un Consejo de Coordinación. El proceso educativo se debe regir por principios de transferencia de conocimientos, orientado a la consecución de resultados y se debe demostrar y evaluar la calidad de los mismos; el médico debe saber hacer, hacer lo correcto de forma correcta y por la persona correcta.

Las Facultades de Medicina deben producir médicos que requiera la sociedad, capaces de transmitir conocimientos, desarrollar investigación, aplicar dichos conocimientos, prestar asistencia, tomar decisiones conocer las necesidades de la comunidad, asumir tareas de gestión, desarrollar mecanismos de evaluación. La educación médica debe definir los objetivos de los planes de estudio, tener modelos de participación activa, docencia organizada por objetivos; enseñar la medicina basada en la evidencia, estimular el trabajo en equipo, fomentar la cultura de la evaluación, potenciar la profesionalidad y el humanismo, adecuar la enseñanza y la investigación a la medicina basada en la evidencia. Se propone un estudio consistente en siete bloques y con una propuesta de competencias genéricas estructuradas y de otras competencias específicas.

Los médicos del siglo XXI enfrentan un nuevo marco del ejercicio profesional, pacientes más informados y más conscientes de sus derechos; se debe estimar el gasto sanitario, se exige el costo-efectividad y el costo-beneficio, la rentabilidad económica sigue primando. Se debe tener en cuenta el conocimiento y la idea de servicio, el aspecto económico, la política, la ética, incluyendo el consentimiento informado. Se impone el trabajo en equipo, se utiliza la simulación, se entrena en un ambiente seguro, se implementa la ciencia y la tecnología lo cual permite la interdisciplinariedad, disminuyéndose las jerarquías, pero se requiere liderazgo y toma de decisiones; se debe intensificar la formación continuada y la evaluación del desempeño, pues no se debe olvidar el sentido humanista y de servicio. La enseñanza en el siglo XXI requiere cambios

en los aspectos sociales, en la organización sanitaria, en la tecnología, actualización de conocimientos; siendo la medicina es una profesión de servicios, se impone una actividad curricular, se evalúa la calidad y la ética, se debe vincular con los problemas sociales. Se define el perfil del médico en sus competencias para medicina de familia y comunitaria.

## **ECUADOR**

El inicio del milenio se acompaña de una crisis política, social, ética y económica, acompañada de desorden, escándalo y corrupción, los niveles de pobreza han crecido, el desempleo aumenta, hay abuso laboral y desnutrición en la población infantil, alcoholismo, todo esto también ha afectado la educación universitaria la cual está afectada por la politización y la escasez de recursos. Hay 18 facultades de medicina las cuales forman 1025 médicos anualmente, se calcula la existencia de 30.000 médicos para una población de 13 millones de habitantes, es decir un médico por cada 430 habitantes. Hay diferencias entre los médicos formados por las entidades privadas y los formados por las instituciones públicas; los de las privadas se caracterizan por la copia del modelo público, pero con la improvisación de los docentes, la importación de los mismos desde Cuba, poco aporte de la educación médica, búsqueda de lucro, no hay vínculo laboral con los docentes, exagerada improvisación en los post grados. En el sector público hay clientelismo, búsqueda del poder político, merma de la calidad, politización; no hay casi investigación reflexiva, se han perdido recursos y el déficit económico aumenta cada año. Se propone suspender la proliferación de facultades de medicina, despolitizar la universidad, crear un sistema latinoamericano de cooperación académico-docente, actualizar la metodología del aprendizaje, profesionalizar la docencia con remuneración adecuada y dedicación exclusiva.

## **PARAGUAY**

Con la llegada del nuevo milenio se hace necesaria una política definida y concreta en lo relacionado con la educación en salud; es indispensable introducir conceptos como promoción, prevención, salud comunitaria y derecho a la salud. La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción integra los principios de conocimiento científico, biológico y social dentro del proceso formativo del médico.

Se hace un análisis detallado de la evolución y los diferentes procesos de formación y evaluación de los médicos a través de los años, llegando a las siguientes conclusiones:

Hay déficit en la investigación, se deben organizar foros con objeto de planificar la investigación en salud y favorecer el intercambio de conocimientos, las univer-

sidades deben fortalecer sus programas de educación continua, la relación docente -estudiante debe ser interactiva y favorecer el desarrollo de la comunidad. Las reformas del sector salud no deben tener manejo político, deben ser coordinadas y lideradas por el mismo sector, los médicos deben ser el eje de la implementación de la idoneidad, la calidad y la eficiencia; las autoridades de salud, las organizaciones de profesionales y las escuelas de medicina deberán estudiar y aplicar nuevas formas de práctica profesional y condiciones de trabajo que aumenten la calidad, relevancia y eficiencia de la atención en salud. La educación médica continua debe establecerse como parte de los mecanismos de acreditación. La Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación Universitaria debe verificar la organización y funcionamiento de las diferentes unidades académicas en cuanto a las normas y procedimientos establecidos para el efecto. Los cambios son una adaptación necesaria; no se deben eliminar las cosas positivas del pasado institucional, debe haber una vinculación más estable entre las facultades de medicina y los servicios de salud. Los objetivos de cada programa deben ser definidos con objeto de facilitar su evaluación; los sistemas de información tienen un subregistro importante, el cual impide realizar estudios de investigación y evaluación de las diferentes actividades.

## PERÚ

La especialización en medicina se inició en el Perú en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) por la modalidad de programa de residente en el año 1957. Al tener medio siglo de institucionalizada tiene aun serios inconvenientes. Se ha elaborado una abundante normativa sobre la formación de especialistas en el Perú, que en algunos aspectos ha sido oscilante, que, si bien organiza el sistema en una forma adecuada y conveniente, adolece de varias debilidades. Otorga a las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional una representación exagerada. Las entidades privadas no han tenido una real participación y en todo caso no están preparadas para desarrollar programas de residencia. Los Comités Regionales, excepto el de Lima, no tuvieron mayor actividad y posteriormente fueron reemplazadas para bien por la Asociación Peruana de Facultades de Medicina. Tanto la Crónica de la Facultad como los Anales de la Facultad de Medicina, han observado varias lesiones a la estructura normativa del sistema tanto de orden institucional como personal.

La oferta de plazas en los exámenes de admisión no refleja la real necesidad de especialistas que el país necesita. Se debería eliminar la oferta de plazas por la modalidad de cautivas. Se requiere de un proceso de capacitación para que se eleve la tasa de ingreso a la modalidad por nivel la formación de los candidatos.

Se ha introducido la necesidad de elevar la calidad académica mediante la autoevaluación y la acreditación de los programas, que requiere ajustes en sus procedimientos.

El balance general de la formación de especialistas en el Perú es positivo; pero requiere de ajustes periódicos para conseguir una mejor calidad académica.

## URUGUAY

En primer lugar definimos en qué consiste un cirujano general. Luego establecimos los límites del presente trabajo. De los tres períodos de docencia en cirugía: pregrado, postgrado y educación médica profesional continua, nos ocupamos de las dos primeras etapas.

Luego realizamos una introducción donde planteamos la necesidad de realizar cambios en la formación del cirujano general moderno que contemple todas las necesidades que exige nuestra época. Señalamos las dificultades para realizar estos cambios.

A continuación describimos como debe ser, en nuestro concepto, el cirujano del siglo XXI y la necesidad de elaborar programas que permitan llevar a cabo estos cambios. Señalamos las causas de la deshumanización del proceso asistencial.

Describimos a dónde debe apuntar la formación de los nuevos médicos.

Señalamos que para poder elaborar los programas se debe conocer el perfil cultural de los candidatos.

Se describen las carencias en este nivel en nuestro país, evaluadas por los propios docentes.

A continuación hacemos consideraciones sobre las características que deben tener los programas formativos. Señalamos la necesidad de poner, tempranamente, al estudiante en contacto con los problemas de la comunidad, de los pacientes y de sus familias.

También insistimos en la necesidad de estimular el desarrollo del liderazgo entre los estudiantes. Los programas deben contemplar los aspectos metodológicos y éticos de la investigación y educar contemplando, desde temprano, la necesidad de incluir en los programas conocimientos, actualmente casi nulos, de aspectos administrativos y económicos en medicina.-

Se debe estimular la autoformación de los educandos y enseñar cómo aprender por sí mismos. Toda la actividad docente debe ser evaluada periódicamente y si se justifica, se introducirán los cambios necesarios para adecuarlos al avance del conocimiento.

Describimos dos tipos de cirujanos generales que consideramos deben ser formados para satisfacer las necesidades asistenciales y docentes. Un cirujano general de perfil asistencial y un cirujano general de perfil académico universitario.

Señalamos la necesidad de establecer las exigencias básicas necesarias para acreditar una institución

médica como apta para la docencia de pre y postgrado, aunque por razones obvias no las desarrollamos.

Señalamos el valor de la residencia y de los residentes en la formación del cirujano general.

Por último señalamos que la subespecialización en cirugía se ha vuelto más frecuente cada día. Incluso se han comenzado a desarrollar subespecialidades dentro de cada especialidad quirúrgica.

## VENEZUELA

La formación del médico del primer nivel debe estar basada en la frecuencia de las enfermedades en el país y en las habituales que ellos deban diagnosticar y tratar. También debe considerarse seriamente la tendencia en el desarrollo general del país. Por ello el conocimiento, la actitud y las habilidades deben ser desarrollados con gran cuidado por docentes debidamente preparados para ello. Están obligados a perfeccionar un concepto integral del hombre como persona y como parte de la familia y de la comunidad. El modelo de atención es el de tres niveles que se adapta bien a nuestra realidad. Consideramos cinco enfoques, siendo el de Medicina Familiar el de mayor importancia en Venezuela y en el mundo. Estudiamos dos modelos: el de la Alcaldía Mayor en San Agustín del Sur y el del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales en el Ambulatorio de Caricuao, ambos en Caracas. La especialidad de Medicina Familiar ha tenido un éxito mundial desde que comenzó en la década de los sesenta y ha contribuido mucho en el mantenimiento del equilibrio entre generalistas y especialistas, indispensable para lograr una buena, completa, ordenada y económica atención médica. Para nuestra población actual (25 M) necesitamos 10.000 médicos en el primer nivel a la tasa de uno por cada 2.500 habitantes o 500 familias. El perfil académico esta muy claramente definido así como los objetivos generales y especiales, y hay requisitos para el ingreso. Definimos en detalle el plan de estudios y la estructura del programa que proponemos. Hay condiciones de permanencia y para el egreso exitoso. El Curso, con una duración de tres años, dividido en tres cuatrimestres por año, debe tener una sede propia y usar los hospitales del área para la docencia. Las asignaturas son: prácticas, teóricas y teórico-prácticas en proporciones variables.

## CONCLUSIONES

Las Academias coincidieron en señalar situaciones similares en los países miembros, que constituyen motivo de seria preocupación sobre la educación médica y la formación profesional. Dentro de tales situaciones, se destacan las siguientes:

1. Que existe una proliferación desordenada de facultades de medicina, muchas de ellas de baja

calidad y sin adecuada auto-evaluación y evaluación externa. Esto ha generado, además, un exceso de médicos y una frustración laboral en el ejercicio de la profesión.

2. La formación de especialistas no está adecuadamente reglamentada en todos los países.
3. Existe una concentración de médicos en las áreas urbanas, generando inequidad asistencial.
4. Es escaso el número de docentes calificados, con dedicación suficiente y estable y remuneración adecuada.
5. Los campos clínicos y los escenarios de práctica son inadecuados e insuficientes, predominando la escasez de recursos, especialmente en los hospitales públicos. En muchos países se observa una desarticulación entre lo docente y lo asistencial.
6. Es preocupante que en varios países la educación médica se realiza con un sentido comercial distante de la responsabilidad social que le corresponde.
7. Los presupuestos y políticas de investigación son escasos, no obstante que la investigación biomédica y en salud debería ser un componente principal de la actividad de las facultades de medicina.
8. Es notoria la deshumanización y la interferencia con la ética en algunas de las Escuelas. Hay problemas específicos en algunos países en los cuales los sistemas de "atención gerenciada" de la salud afectan directamente la educación médica.
9. La inmigración de médicos no calificados en algunos países, mediante convenios políticos, influye negativamente sobre la calidad de la atención y la educación.
10. Un factor adicional que incide negativamente sobre la educación y la práctica médicas, es el progresivo empoderamiento de las entidades aseguradoras intermediarias que se han creado en el contexto de la "atención gerenciada" de la salud.

## RECOMENDACIONES

1. Reafirmar el valor de la educación y de la salud como decisión estratégica de promoción de las personas, las comunidades y las naciones.
2. Regular y controlar de manera efectiva la creación de facultades de medicina en los países, promoviendo la calidad académica y defendiendo su autonomía de influencias políticas e intereses económicos.
3. Capacitar adecuadamente a los docentes, estimular las competencias académicas, fortalecer la educación continua y la investigación, unificar programas y flexibilizar el currículo.
4. Adquirir e introducir tecnologías de avanzada en la enseñanza, fortalecer las ciencias básicas, la investigación, la medicina familiar y el estudio del inglés como idioma científico universal.

5. Introducir estudios administrativos y gerenciales en Salud Pública y promover el liderazgo en este campo.
6. Establecer parámetros de formación médica teniendo en cuenta las necesidades de la comunidad y la capacidad real de formación de las escuelas.
7. Fomentar los estudios en ética y bioética dentro de un contexto de humanismo y humanitarismo.
8. Promover la creación de un adecuado sistema de información de la realidad demográfica y epidemiológica nacional y de la estructura de los sistemas de seguridad social públicos y privados.
9. Propiciar la definición de una política de Estado sobre educación médica con participación activa de las Academias Nacionales de Medicina y demás instituciones representativas de la medicina, para establecer directrices que conduzcan a lograr los cambios necesarios para una educación médica de calidad.
10. Propiciar una relación formal con la OPS/OMS en un contexto de mutua colaboración, intercambio de información y cooperación, siguiendo los mandatos estatutarios de las dos instituciones.



**De Pie:**

Dr. Celso Silva (Uruguay), Dr. Misael Uribe Esquivel (México), Alejandro Goic Goic (Chile), Dr. Buddy Lazo de la Vega (Bolivia), Dr. Juan del Rey Calero (España), Dr. José Augusto Da Silva Messias (Brasil), Dr. Leopoldo Briceño Iragorri (Venezuela), Dr. Otto Lima Gómez Ortega (Venezuela), Dr. Rómulo L. Cabrini (Argentina), Dr. Óscar Héctor Morelli (Argentina), Dr. Antonio Clemente Heimerdinger (Venezuela), Dr. Héctor Ratti Jaeggli (Paraguay), Dr. Rodolfo Armas Merino (Chile).

**Sentados:**

Dr. Álvaro Moncayo Medina (Colombia), Dr. Zoilo Cuéllar-Montoya (Colombia), Dr. Xxxxx xxxx (España), Dr. Jorge Cavalier Gaviria (Colombia)



**De Pie:**

Dr. Celso Silva (Uruguay), Dr. Alejandro Goic Goic (Chile), Dr. Buddy Lazo de la Vega (Bolivia), Dr. Juan del Rey Calero (España), Dr. Misael Uribe Esquivel (México), Dr. Antonio Luiz de Medina (Brasil), Dr. José Augusto Da Silva Messias (Brasil), Dr. Leopoldo Briceño Iragorri (Venezuela), Dr. Otto Lima Gómez Ortega (Venezuela), Dr. Rómulo L. Cabrini (Argentina), Dr. Óscar Héctor Morelli (Argentina), Dr. Antonio Clemente Heimerdinger (Venezuela), Dr. Héctor Ratti Jaeggli (Paraguay), Dr. Rodolfo Armas Merino (Chile).

**Sentados:**

Dr. Álvaro Moncayo Medina (Colombia), Dr. Zoilo Cuéllar-Montoya (Colombia), Dra. Mirta Roses Periago (Directora OPS), Dr. Jorge Cavalier Gaviria (Colombia)



Dr. Alejandro Goic Goic (Chile), Dra. Mirta Roses Periago (Directora OPS), Dr. Rodolfo Armas Merino (Chile), Dr. Claudio Orlich Carranza (Costa Rica)



Dr. Antonio Luiz de Medina (Brasil), Dr. Álvaro Moncayo Medina (Colombia), Dr. José Augusto Da Silva Messias (Brasil)