

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 4 - MEDELLIN, SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1954 - No. 5 Y 6

Continuación de «BOLETIN CLINICO» y de «ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA»

Tarifa Postal reducida—Licencia N° 1.896 del Ministerio de Correos y Telégrafos.

Organo de la Facultad de Medicina y de la Academia de Medicina

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

DIRECTOR:

Dr. Ignacio Vélez Escobar

Presidente de la Academia de Medicina y Decano de la Facultad.

REDACTORES JEFES:

Prof. Oriol Arango Mejía, M.D.

Secretario de la Academia

Prof. Alfredo Correa Henao, M.D.

Prof de Anatomía Patológica

REDACTORES:

Dr. Gabriel Toro Mejía

Dr. Marcos Barrientos

Dr. Antonio Ramírez

Sr. William Rojas M.

ADMINISTRACION:

Dora Echeverri

Directora de Biblioteca Médica

Margarita Hernández B.

«ANTIOQUIA MEDICA» solicita el intercambio con revistas nacionales y extranjeras. Admite y agradece colaboración científica-médica o que se relacione con los intereses de la profesión.

«ANTIOQUIA MEDICA» publica 10 números anualmente.

Dirección:

«ANTIOQUIA MEDICA»

Facultad de Medicina de la U. de A.

Medellín — Colombia, S. A.

Apartado 20-38

Publicado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Director: Dr. Carlos A. Lleras Acosta. Editor: Dr. Carlos A. Lleras Acosta. Redactores: Dr. Carlos A. Lleras Acosta y Dr. Carlos A. Lleras Acosta.

SUMARIO:

EDITORIAL

Va Ud. a presentar un Artículo Científico? **Robert P.**

Barden, M. D. 473

TRABAJOS ORIGINALES

Un Estudio de la Educación Médica en Colombia. (Informe de la Misión Médica Americana en 1953). . . 478

ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.
DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN.

VOLUMEN 4 - MEDELLIN, SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1954 - No. 5 Y 6

EDITORIAL

VA UD. A PRESENTAR UN ARTICULO CIENTIFICO?

Por Robert P. Barden, M. D.

Hablar en público es un arte que pocos médicos tienen tiempo de dominar. Esta discusión está dirigida a la mayoría de nosotros, quienes alguna vez hemos partido para la plataforma a dictar una conferencia ante un auditorio médico o no, sin ninguna preparación, excepto notas o un manuscrito en nuestras manos.

Desde el punto de vista de educación, entretenimiento y progreso personal esto puede ser una catástrofe.

En una reunión científica, quiéralo o no, la gente no lo escuchará a menos que Ud. pueda conseguir y sostener su interés. Por esta razón, la presentación de un artículo científico es en algunos aspectos un espectáculo y los detalles del actor deben ser explotados. El mantenimiento del interés en el auditorio requiere el uso de "artefactos"—generalmente transparencias para proyección, ocasionalmente modelos o exhibiciones— en los cuales debe estar mezclado lo inesperado, lo agradable, y lo familiar con pequeña variación. En esta materia, son de primera importancia el color, la composición y el alumbrado (o facilidad de mirar). Sobre el actor trataremos un poco más adelante.

Ahora considere los sufrimientos del auditorio. Poco antes de que su nombre fuera anunciado y de que subiera al tablado, Ud. constituía el auditorio, quizás ha sido Ud. aburrido por oradores anteriores, molestado por sus ademanes, confundido por su manera de presentar los hechos. Si Ud. logra permanecer consciente como un miembro del auditorio mientras está en el tablado, su conferencia será un éxito; de lo contrario puede ser algo menos.

El conocimiento del tiempo que gasta su artículo es de vital importancia. Ud. debe terminar antes del minuto final. Esto requiere práctica frecuente con el reloj en la mano, en frente del espejo del sanitario. Cuando se dedique a este ejercicio, hable despacio y recuerde de restar varios minutos del tiempo asignado, para contingencias inesperadas. Hay solamente dos razones como causas para que un orador se exceda del tiempo prescrito. Una es el sentimiento de que todo lo que él dice debe ser importante para los demás. Esto es la intoxicación con el sonido de su propia voz. La otra la constituye el temor de omitir algún detalle que asegure el argumento o haga caer en desagradable contradicción o cambio. Este es el individuo que no entiende que la palabra "Científico" se refiere a su artículo y no al auditorio. Es una regla sabia nunca decir todo lo que se sabe y retirarse mientras quienes escuchan esperan algo más. Ellos lo pedirían a Ud. de nuevo. Si a usted se le han permitido 20 minutos, hable 17 y siéntese. Ud. quedará asombrado de los aplausos.

El objeto o contenido de su conferencia debe estar limitado por el tiempo a su disposición. La presentación periodística es un éxito. Hable en grandes titulares, justamente con suficiente "copia" o explicación después de cada uno, para hacer la idea principal clara. Sea simple en sus conceptos, terso en la expresión y lógico en el progreso de una idea a la otra. El periódico diario lleva un mensaje a cada lector, con un mínimo de gasto de su esfuerzo y tiempo; "un Times" requiere la pereza de un domingo por la tarde.

Para ponerlo de diferente manera los puntos más importantes de su conferencia son la idea con tesis que usted desea desarrollar, la mayor evidencia que soporte sus opiniones; y sus conclusiones. Un artículo de 20 minutos requiere disciplina propia y edición precisa. Se cuenta la historia de un famoso médico quien fue invitado a hablar durante 20 minutos sobre un tema en el cual él era un experto y quien rehusó hacerlo porque consideraba que el tiempo asignado de 6 semanas para su preparación era demasiado corto, aun cuando podía hablar durante una hora al día siguiente.

Finalmente, no lea directamente del manuscrito, ello es de un mal actor. Además, su artículo escrito para publicación, puede ser demasiado largo para una presentación de 20 minutos. Siendo así que pocos de nosotros podemos hacerle justicia a un tema científico presentándolo sin la ayuda de notas, el arreglo más satisfactorio es tener un bosquejo de lo que usted desea decir en forma tópica, con palabras claves para guardar el programa de su pensamiento.

Las placas de proyección deben ser de tamaño standard, con el tema principal circunscrito por un marco que tenga de dos y media por tres pulgadas. Esto asegurará que toda la placa sea proyectada sobre la pantalla. Si se han usado roentgenogramas para la preparación de la placa, ellos deben ser recortados de antemano, de tal manera que el área interesante sea ampliada tanto como sea posible y se incluya únicamente la anatomía suficiente para una orientación adecuada. Ante todo limpie de antemano cuidadosamente sus placas e insista en que ellas sean manipuladas solamente en la esquina señalada para el pulgar. Puntos moscas y huellas digitales no tiene lugar en el programa de una Asamblea Médica. Conozca sus placas de proyección, asegúrese de que están en orden correcto y fácil para que quien las proyecte las pueda mantener en tal forma. La agonía de una placa mal colocada es demasiado para soportarla por cualquiera de nosotros.

Recuerde que es imposible usar correctamente placas de proyección en una conferencia, si se proyectan más rápidamente de una por minuto. Es verdaderamente mucho más inteligente dedicar dos minutos para cada placa. En la preparación, después que usted crea tener el número adecuado para mostrar en el tiempo asignado, descarte dos o tres más. Nunca use placas en manuscrito y nunca ofenda a su auditorio leyendo el material de una placa. Si ella no puede ser leída rápidamente por alguno en la parte de atrás del salón, descártela.

Cunado en las placas se proyectan tablas o cuadros, ellos deben ser simples; ninguna tabla debe incluir más de cuatro encabezamientos al través y cuatro hacia abajo. Cualquier tabla o cuadro complicado que resuma los resultados de experimentos o experiencias clínicas, puede ser partido en varios cuadros o tablas simples, de los cuales cada uno ilustrará un punto principal.

Ahora el "cuco" de todos los oradores amateur; el sistema de transmisión mediante micrófonos y parlantes. Las dos reglas fundamentales para recordar son: mantenga siempre su boca a una distancia fija del micrófono y evite marcada variación en el tono y en la inflexión de la voz. La distancia correcta es de 7 a 10 pulgadas y uno debe mirar directamente hacia el instrumento, el cual debe estar ligeramente por debajo del nivel del mentón. Cuando se estén mostrando las placas de proyección, el orador puede tornar y mirar a la placa en silencio, para recordarse así mismo de su contenido, pero siempre volver la cara al micrófono al discutir el material ilustrado. Siendo así que las modulaciones en la voz son ampliadas por los altoparlantes, use más bien un tono de conversación que de retórica. Finalmente, no mate sus senten-

cias dejando caer su voz al final de ellas. Si una sentencia está bien construída y afirma un hecho esencial, cada palabra en ella debe ser escuchada. Para hablar con claridad, es necesario hacerlo despacio, mucho más despacio que su costumbre habitual. Esto desde luego demanda más tiempo, por consiguiente recorte de nuevo su presentación y las placas de proyección.

Por último, al actor mismo. Adquiere usted hábitos nerviosos o amaneramientos cuando se encuentra frente a un amplio auditorio?. La mayoría de nosotros lo hace. La mejor manera de controlar sus manos es apretarlas entre sí fuertemente detrás de la espalda todo el tiempo o coger firmemente los bordes de la pequeña mesa que se tiene en frente y dejar las manos ahí durante toda la presentación. Recuerda los "ahs" y "ums" entre las palabras de los oradores anteriores, las cuales lo fastidiaron a usted como miembro del auditorio?. Pues evítelas en su turno. La duda y la búsqueda de la palabra correcta pueden evitarse mediante el entrenamiento previo repetido. Después de que usted haya ensayado su presentación solo, con reloj en mano, varias veces, trátelo de nuevo con uno de sus amigos o colegas o su esposa. Si usted escogió el crítico correcto será ayudado considerablemente por su reacción, aún en el caso de que él sea un poquito icterico.

Algunos de nosotros hablamos bien delante de grupos pequeños de gente pero somos prácticamente mudos en un gran salón que contenga 1.500 personas. En esta situación, ayuda mucho si el orador puede obligarse así mismo a pensar que el auditorio está formado por un grupo de amigos ansiosos de oír lo que él tiene para decir. Esta hipótesis puede verdaderamente convertirse en realidad si se le toma con suficiente fé.

Finalmente, nada es más atractivo que un orador con convicción. Si usted cree vehementemente en lo que está diciendo y muestra un dominio completo de su tema, usted demandará respeto —siempre y cuando termine a tiempo!

De modo que usted va a presentar un trabajo científico!. Usted tiene un privilegio y una responsabilidad hacia los otros más allá de una satisfacción personal ganada por su oportunidad. Le recomiendo el estudio cuidadoso de las referencias dadas más adelante.

A usted, personalmente, pertenece el viejo saludo Romano—"Bienvenida y despedida!".

- Doub, H. P.: On the Reading of Scientific Papers. Radiology 41: 291-292, September 1943.
- Golden, R.: Comments on the preparation and presentation of Medical Papers. Am. J. Roentgenol. 55: 495-502, April 1946.
- Kern, R. A.: How to Present a Scientific Paper. Before a Large Audience. Ann. Int. Med. 37: 618-624. September 1952.

Editorial aparecido en Radiology 62, 875-877, june 1954, y traducido por el Dr. Oriol Arango M.

UN ESTUDIO DE LA EDUCACION MEDICA EN COLOMBIA - 1953

P O R

Maxwell E. Lapham, M.D.

Decano, Escuela de Medicina

Universidad de Tulane

Nueva Orleans, Louisiana, E. U. A.

Charles M. Goss, M. D.

Profesor de Anatomía

Escuela de Medicina

Universidad del Estado de Louisiana

Nueva Orleans, Louisiana, E. U. A.

y

Robert C. Berson, M.D.,

Profesor Auxiliar de Medicina

Escuela de Medicina

Universidad de Vanderbilt

Nashville, Tennessee, E. U. A.

Traducción de

A. Correa Henao, M. D.

CONTENIDO.

- I. Introducción.
- II. Organización e interrelaciones de las universidades colombianas.
- III. Organización de las escuelas de medicina colombianas.
 1. — Administración y organización del profesorado.
 2. — Selección y promoción de profesores.
 3. — Preparación, selección y promoción de estudiantes.
 4. — Currículum y métodos de enseñanza.
 5. — Relaciones entre las escuelas médicas y hospitales de enseñanza.

- IV. Relaciones entre las escuelas médicas en Colombia.
- V. Registro y licenciatura de médicos.
- VI. Organización de la profesión médica.
- VII. Recomendaciones.
 - 1. — Plan de facilidades.
 - 2. — Plan nacional para la educación médica.
 - 3. — Mejoramiento de servicios auxiliares a la medicina.
 - 4. — El futuro de la educación médica en Colombia.
- VIII. Apéndices.
 - 1. — Resumen de recomendaciones.
 - 2. — Referencias.

1. INTRODUCCION.

El siguiente informe es el resultado de un estudio de la educación médica en Colombia, efectuado entre el 2 de julio y el 30 de agosto de 1953, por una misión compuesta de los siguientes miembros: Maxwell E. Lapham, M. D., Decano, Escuela de Medicina, Universidad de Tulane; Charles M. Goss, M. D., Profesor de Anatomía, Escuela de Medicina, Universidad del Estado de Louisiana; y Robert C. Berson, M. D., Profesor Auxiliar de Medicina, Universidad de Vanderbilt. Esta misión fue seleccionada por la División de Salud del Instituto de Relaciones Interamericanas (División of Health, Welfare and Housing of the Institute of Inter-American Affairs), el cual actuó a petición de la Universidad Nacional de Colombia. La Universidad Nacional apadrinó la misión, sufragó todos los gastos, y proveyó muchas de las facilidades necesarias para el estudio.

La base de operaciones de la misión fue la Universidad Nacional en Bogotá, pero hubo oportunidad de visitar y estudiar las otras seis escuelas de medicina en la nación y sus hospitales de enseñanza. También hubo la oportunidad de discutir los problemas de la educación médica en Colombia con el presidente de la nación, los ministros de salud pública y de educación, con los rectores de las universidades, con los decanos de las escuelas de medicina, con estudiantes, y con un número de médicos no directamente relacionados con las escuelas.

La misión limitó su interés principalmente a las siete universidades con escuelas de medicina y a los hospitales de enseñanza de estas escuelas, y este informe tratará solamente de los datos obtenidos en estos estudios. Se visitó ocasionalmente otras instituciones médicas, pero estas no fueron estudiadas en suficiente detalle para justificar comen-

tarios. El informe también contiene alguna discusión sobre la educación pre-médica y sobre la relación entre las organizaciones médicas y la educación médica.

La misión consideró, con especialidad, dos puntos. El primero fue la organización de los cursos de enseñanza durante los años que tradicionalmente se dedican a estudiantes antes de grauararse. Los tres miembros de la misión fueron educados en escuelas de medicina que siguen el programa de cuatro años y han dedicado sus vidas profesionales a instituciones que siguen este patrón de enseñanza médica. En Colombia el programa se extiende sobre seis años. La misión opina que el programa de cuatro años de las escuelas médicas de los Estados Unidos tiene ciertos defectos: la enseñanza de las ciencias médicas básicas se atropella en dos años y aunque los dos años subsiguientes se dedican principalmente a trabajo en las salas y en las consultas externas de hospitales de enseñanza, muchos individuos durante su internado o residencia, tienen que buscar el entrenamiento clínico necesario para la práctica competente, en hospitales no relacionados con escuelas de medicina o influenciados por sus facultades. En este informe se manifestará que las escuelas de medicina de Colombia, según la opinión de esta misión, tienen una excelente oportunidad de desarrollar currículos superiores, en general, a aquellos actualmente existentes en los Estados Unidos, si retienen su actual programa de seis años y hacen los arreglos necesarios para fortalecerlo y mejorarlo, según se sugiere en el informe.

La segunda consideración, que es aún más básica, tiene que ver con el papel que juega la escuela de medicina en la sociedad actual. Este papel tiene cinco componentes:

1.—El objetivo ulterior de una escuela de medicina en la mejoría de la salud pública en general. Esto se efectúa primordialmente por medio de la educación de estudiantes hasta el punto de convertirlos en médicos competentes. Este entrenamiento comienza en la escuela de medicina, pero no se puede completar en ella porque los conocimientos avanzados en algunos campos de la ciencia y cierta destreza especial, indispensable para la práctica de la medicina moderna, sólo se obtienen durante años subsiguientes a la graduación de la escuela de medicina.

2.—La segunda obligación de una escuela de medicina es proveer entrenamiento a médicos jóvenes, quienes después de graduados, pueden especializarse o dedicarse a la enseñanza, perpetuando así la escuela de medicina.

3.—El tercer objetivo de una escuela de medicina es contribuir al avance del conocimiento científico a través de trabajo investigativo. Cuando esta obligación se lleva a cabo en la escuela de medicina, en correcto balance con la enseñanza, el resultado es la fortificación de la escuela. Durante el proceso de enseñar a los estudiantes, tanto antes del grado como en el período de post-graduado y en el trato con los enfermos se presentan muchos problemas interesantes, cuya investigación por los profesores de la escuela hace de ellos mejores maestros de lo que serían de otro modo.

4.—La cuarta obligación de una escuela de medicina es el cuidado de los pacientes en el hospital asociado a la escuela. Estos pacientes constituyen gran parte del material actual de la enseñanza médica. Al mismo tiempo ellos son miembros de la comunidad y necesitan auxilio urgentemente. Puesto que la escuela de medicina debe iniciar a los estudiantes en métodos de estudios y tratamientos adecuados, es natural que debe hacerse un esfuerzo porque este tratamiento sea tan excelente como sea humanamente posible. Como cuestión de hecho: el servicio y tratamiento que se ofrezca a los pacientes en un hospital de enseñanza debe constituir el ejemplo para seguir por todos los otros hospitales.

5.—La última obligación de una escuela de medicina tiene que ver con el servicio al público. Como la escuela representa una concentración de hombres de reconocidos méritos y buen juicio, es una de sus funciones educar la comunidad en asuntos de salud pública y otros problemas médicos. Es también parte de su función educar a los médicos de la comunidad, los cuales no han podido mantenerse al tanto de los rápidos avances de la ciencia médica, proveyéndoles facilidades para estudios y observaciones.

Como parte de la investigación de la educación médica en Colombia la misión estudió cuidadosamente otros informes sobre varios aspectos de educación y práctica médica, presentados por grupos similares que habían visitado el país previamente. Es alentador el hecho que muchas de las deficiencias mencionadas en estos informes han sido corregidas. De hecho, durante esta investigación, hubo la oportunidad de observar excelentes métodos y obras de gran mérito. De haber tenido tiempo y espacio hubiésemos anotado los recientes progresos de la educación médica en Colombia; la enumeración de éstos constituiría un informe que llamaría la atención.

La misión, sin embargo, ha pasado por sobre muchos de los buenos aspectos de la educación médica en Colombia, y por dos razones, se

ha limitado a aquellas materias en las cuales debe hacerse mejoras. La primera de estas razones es que la misión creyó que el propósito principal es encontrar métodos para mejorar la educación médica, lo cual se puede llevar a cabo mejor, apuntando las debilidades y proponiendo métodos para eliminarlas. La segunda razón para omitir una cita de todos los buenos aspectos de la educación médica en Colombia, es que éstos son ya bien conocidos de aquellas personas interesadas en escuelas de medicina, no sólo en Colombia sino también en otros países.

Los miembros de la misión se dan cuenta claramente que, virtualmente, todas las críticas de las escuelas médicas colombianas probablemente se pueden hacer también a algunas escuelas médicas de todos los países, sin embargo, en escuelas más altamente desarrolladas, que han vencido la mayoría de los problemas que inrumpen la marcha de la educación médica, hay aún algunas deficiencias para superar, y en su mayoría son relativamente serias.

Los problemas de la educación médica, por tanto, no son locales, departamentales, ni aún nacionales: son mundiales. Estos problemas nacen de las dificultades inherentes a la lucha continua contra la ignorancia y contra las enfermedades, y a las dificultades intrínsecas creadas por algunos hombres inteligentes, pero en cierto modo egoístas, que participan en la lucha. Estos problemas varían de acuerdo con el tiempo y el sitio, pero en gran parte son de carácter intelectual y humano, y son por consiguiente universales.

Los miembros de la misión se dan cuenta de que muy pocos de los lectores colombianos estarán de acuerdo con todos los puntos de este reporte. Obviamente sería imposible predecir cuáles o cuántas de estas recomendaciones serán llevadas a cabo. No hay duda, sin embargo, que con el esfuerzo continuo de hombres sinceros, la educación médica continuará mejorando y puede asegurarse que tendrá un futuro brillante; la esperanza de esta misión es que este estudio contribuya al mejoramiento y acelere ese futuro.

Agradecimiento. Sería imposible, por circunstancias de tiempo y espacio, reconocer separadamente los consejos, ayudas y cortesías que la misión recibió durante su estadía en Colombia. Todo el mundo, en todas partes, manifestó gran consideración y bondad y no ahorró tiempo ni esfuerzo para proveer las informaciones y los datos requeridos. Los miembros de la misión, en grupo e individualmente, siempre estarán agradecidos por los innumerables actos de amistad y bondad que facilitaron el trabajo y que hicieron de este estudio una experiencia tan agradable como provechosa.

II. ORGANIZACION E INTERRELACIONES DE LAS UNIVERSIDADES COLOMBIANAS.

En la actualidad existen en Colombia seis universidades públicas y una privada que tienen facultades de medicina. Las facultades de medicina sostenidas por el erario público son: la Facultad Nacional en Bogotá y las Facultades Departamentales de Cali, Popayán, Manizales, Cartagena y Medellín. La otra Facultad hace parte de la Universidad Javeriana, la cual es una institución privada, dirigida por la Compañía de Jesús en Bogotá.

Hasta en 1941 sólo había tres facultades de medicina en la nación. Al año siguiente se inauguró la escuela de la Universidad Javeriana. Durante los últimos cuatro años tres otras escuelas han sido creadas y hay rumores que otras se desarrollarán en el futuro cercano.

La Universidad Nacional es financiada enteramente por el Gobierno nacional. Las otras cinco universidades públicas son departamentales (provinciales) y son financiadas principalmente por los gobiernos de los varios departamentos y en menor grado por el gobierno nacional. La Universidad Javeriana es financiada por fondos privados y con un pequeño subsidio del gobierno nacional.

Organización

La organización de las seis universidades públicas investigadas por la misión sigue un patrón común: Hay un consejo directivo y un consejo académico. El oficial ejecutivo de cada universidad es el rector y cada escuela de medicina tiene un decano.

El decano de la escuela de medicina de la Universidad Nacional es nombrado por un año. Los decanos de las otras facultades de medicina de las universidades públicas no tienen tenencia definitiva, y el de la Facultad Javeriana tiene más o menos tenencia permanente.

El consejo directivo consta del ministro de educación, en el caso de la Universidad Nacional, o del secretario de educación en el caso de las universidades departamentales y quienes son a la vez presidentes del consejo; del rector de la universidad quien es el vicepresidente del consejo; de dos miembros, por lo regular profesores, nombrados por los gobiernos nacional o departamentales; de un representante de los profesores; y de un estudiante de último año seleccionado por tener el más alto promedio escolástico en la facultad.

El consejo académico se compone del rector, los decanos de las facultades, y los directores de los institutos y las escuelas que forman

cada universidad. Este consejo sólo presenta recomendaciones y hace sugerencias, pero la acción final descansa en el consejo directivo.

El rector de la Universidad Nacional es nombrado por el consejo directivo de entre tres nombres presentado por el presidente de Colombia. Los decanos de las facultades son nombrados por el consejo directivo. Los rectores y decanos de las universidades departamentales son nombrados por el Gobernador del Departamento, quienes a la vez, son nombrados por el Presidente de la República.

La organización de la Universidad Javeriana, dirigida por la Compañía de Jesús, es distinta. Las normas de la universidad son determinadas por el rector, el vice-rector, y el provincial de la Compañía. En cada facultad, incluso la facultad de medicina, hay un consejo cuyas funciones son presentar recomendaciones.

Este consejo consta del rector de la universidad, el vice-rector, el decano de la facultad, el secretario de la facultad, y dos profesores titulares. Uno de estos profesores es nombrado por el rector y el otro por los profesores de la facultad; sirve por un año pero pueden ser reeligidos. Cada facultad tiene dos decanos: El decano de estudios que es responsable del programa educativo; es empleado de tiempo requerido y sirve por un año, pero puede ser reeligido. El decano de disciplina quien sirve permanente con tiempo completo, es responsable de ver que los reglamentos de la universidad sean llevados a cabo.

La misión fue impresionada inmediatamente por las diferencias de organización entre las universidades públicas y la privada. En la universidad privada la organización es controlada por la orden religiosa bajo cuyos auspicios fue creada y es por tanto de carácter esencialmente estable. En las universidades públicas muchos miembros del consejo directivo son nombrados por oficiales públicos, lo que significa frecuentes cambios en el personal y en los puntos de vista o normas.

Es notable también las diferencias en la idoneidad e intereses de los rectores y decanos. En las universidades públicas el método usado para hacer los nombramientos conduce necesariamente a cambios frecuentes, y se supone, con justificación, que hombres cuyo interés y entrenamiento son primordialmente educativos, no son necesariamente nombrados para estos puestos. En la mayoría de las universidades con escuela de medicina estos funcionarios tienen tendencias relativamente cortas. En algunas circunstancias esto se debía a que las universidades eran nuevas, pero en otras, las razones eran cambios en el gobierno o problemas internos en la universidad.

Además, solamente alguno que otro rector era un administra-

dor con dedicación de tiempo completo (full-time) y todos los decanos prestaban sus servicios en parte del tiempo (part-time). Los sueldos eran por lo regular bajos y por esta razón se hace imposible obtener hombres que puedan dar un servicio total (full-time). Bajo estas circunstancias por razones económicas, otro trabajo remunerativo tiene que ser aceptado durante la parte del tiempo restante.

Finalmente, excepto en la universidad privada, la misión encontró pocos rectores o decanos cuya experiencia administrativa y educación previas los capacitaban para el puesto que ocupaban.

La misión está naturalmente de acuerdo con el punto de vista de que una universidad financiada por el erario público debe responder a las necesidades y deseos del público que la soporta. Fue sin embargo impresionada con la falta de continuidad inherente en este sistema de organización.

Si una institución educacional desea desarrollarse sólida y ordenadamente, su responsabilidad para con el país debe ser la de trazar rumbos y proyectos de largo alcance en vez de a cambios efímeros y sin importancia. De otra manera, es imposible que la institución sea estable y no puede garantizarse así una producción continua de graduados bien educados en todos los campos del saber.

En vista de que es obvio que una escuela de medicina puede ser sólo tan fuerte o sólida como la universidad a que pertenece, la misión sugiere un método por medio del cual se pueda lograr la deseada estabilidad y al mismo tiempo las universidades pueden continuar bajo el control de los gobiernos que la soportan:

1.—Las universidades deben ser administradas por consejos relativamente permanentes compuestos por personas con verdadero interés en la educación, aunque hayan tenido poca o ninguna preparación formal para dichos puestos. Deben servir sin remuneración. Deben servir por un período suficiente de tiempo para ser eficientes y sentir sus responsabilidades.

Hay varios métodos para nombrar un consejo de tal naturaleza. En algunos países, los nombres son sometidos al gobernador de un estado por organizaciones interesadas, tales como las facultades, las escuelas u organizaciones voluntarias interesadas en la educación. Este método casi siempre asegura que alguno que otro miembro de los señalados tenga un verdadero interés en la educación. Por lo regular se presentan más nombres de los necesarios de entre los cuales selecciona el gobernador para el puesto o vacante.

Los nombramientos al consejo deben ser distanciados entre sí

por un período de tiempo. Si por ejemplo, éste ha de consistir de diez personas, dos de los nombramientos deben ser por dos años, dos por cuatro años, dos por seis años, dos por ocho años y dos por diez años. Al expirar cada par de nombramientos las vacantes deben ser hechas por un período de seis años.

Si este plan de administración fuese adoptado por ley, como sería necesario de ser instituido, el consejo administrativo tendría siempre algunos miembros los cuales estarían familiarizados con las funciones y actividades de la universidad. En un sentido los nombramientos continuarían siendo políticos, pero el consejo tendría la permanencia y continuidad necesarias para una administración eficiente, que sería imposible si los miembros fuesen reemplazados como al presente con cada cambio de administración.

2. — La siguiente recomendación de la misión es que el consejo sea responsable del nombramiento del rector de la universidad. Este debe ser seleccionado no necesariamente de hombres locales distinguidos; sería mejor, en realidad, hacer una búsqueda por el mejor educador y administrador para dar firmeza a la posición. Las facultades, las escuelas y las instituciones de la universidad deben ser llamados a participar en su selección.

El rector así seleccionado debe dedicar tiempo completo, y debe recibir un sueldo suficiente para vivir de acuerdo con su posición, sin que tenga la necesidad de hacer trabajo suplementario.

3. — El plan administrativo que se sugiere es como sigue: los decanos y directores de las facultades deben ser responsables al rector de la universidad, quien a su vez, debe ser responsable al consejo directivo. El rector, con el apoyo de los decanos, debe recomendar al consejo directivo las normas a seguir por la administración de toda la universidad. Sus recomendaciones en cuanto a los planes de acción académicos y administrativos, deben ser negados muy raras veces por el consejo, y entonces con motivo elevado. El consejo directivo debe tener el privilegio de rechazar recomendaciones para tales motivos pero no debe tener el privilegio de causar planes de acción que cambien en esencia el curso establecido. El consejo en último análisis es una agencia que aprueba las normas académicas y administrativas, pero cuya función más importante debe ser proveer los fondos requeridos por la universidad, de acuerdo con los decanos y el rector. Tales fondos deben ser adquiridos de todas las fuentes que sean posibles, incluyendo, además de aquellos proporcionados por los gobiernos nacional y departa-

mentales, cuotas pagadas por los estudiantes, contribuciones de origen privado y otras. El consejo directivo debe también ser responsable de las relaciones entre la universidad y el público.

Interrelaciones Universitarias.

La Universidad Nacional es, por ley, la institución patrón de todas las otras universidades de Colombia, tanto respecto a asuntos administrativos como a cursos de enseñanza.

La administración de las universidades departamentales es similar a la de la Universidad Nacional. Tienen los mismos consejos y cuerpos que formulan las normas universitarias. Esta uniformidad es altamente deseable si tales cuerpos fueran representativos de las instituciones.

Por el otro lado, existe poca relación entre las varias universidades de la nación; esto pareció a la misión un hecho poco afortunado. Pero naturalmente, un programa de estudios estereotipado ofrecería poco estímulo tanto a las facultades como a los estudiantes y poco progreso educativo resultaría bajo estas circunstancias; la misión no recomendaría un programa en esta forma. Ella propone, sin embargo, la formación de una organización nacional de universidades, la cual debe definir los criterios educativos para que la iniciativa de tales programas educativos sea deslindado de las universidades, imposibilitando programas experimentales.

Dondequiera que hay instituciones con propósitos comunes, se gana si se combinan los esfuerzos para la mejoría de las propias instituciones. Sería beneficioso para las universidades de Colombia reunirse frecuentemente para discutir problemas educativos, para estimular el progreso en todas las fases educativas, y para evaluar las actividades de sus cuerpos constitutivos. Bajo tal organización todo el campo educativo mejoraría y se daría el propio énfasis al papel que éste juega en la vida nacional. Una asociación de universidades no limitaría sus esfuerzos y su influencia a educación universitaria exclusivamente, ejercería una gran influencia en todos los niveles educativos de la nación.

En Colombia donde no abunda personal bien entrenado, ni facilidades adecuadas, tal asociación sería altamente deseable, ella facilitaría el estudio de todos los recursos, con la idea de asignar ciertos campos de desarrollo técnico o académico a aquellas universidades mejor equipadas para llevar a cabo tales responsabilidades especiales. Tal

plan obviaría la necesidad de que todas las universidades, o por lo menos varias universidades, desarrollaran semejantes programas altamente costosos, con duplicación del cuerpo de maestros y del equipo, y por último, proveería a las universidades de la nación con personal técnico bien entrenado, con el cual ahora no cuentan en muchos campos.

III. ORGANIZACION DE LAS ESCUELAS MEDICAS COLOMBIANAS.

1. Administración y organización del profesorado.

El Decano

Ya se ha anotado anteriormente que las facultades de medicina en Colombia son dirigidas por decanos, nombrados en varias formas. El decano de la escuela de medicina de la Universidad Nacional es nombrado por su consejo directivo por el período de un año. Los decanos de las escuelas departamentales son nombrados por los gobernadores de los departamentos, por períodos de tiempo indefinidos. Todos ellos dedican parte del tiempo al trabajo universitario puesto que los salarios existentes no son suficientes para permitirles dedicación total. No tienen tenencia permanente puesto que son nombrados por gobernadores cuya propia tenencia es limitada. Este comentario no incluye a la escuela de medicina Javeriana, cuyo decano es nombrado por el provincial de la Compañía de Jesús y cuyo consejo directivo no cambia con la política.

La efectividad de largo alcance de una escuela de medicina depende principalmente de una organización fuerte y permanente. De otra manera no funcionaría adecuadamente ni podría servir los mejores intereses de los estudiantes, de los maestros y también del público. En la opinión de la misión el reforzamiento de la organización de las escuelas médicas colombianas debe comenzar con el empleado ejecutivo (el decano.) Este debe ser nombrado, como se ha dicho anteriormente, por el rector con el consejo y recomendación del cuerpo de maestros. Debe ser escogido de acuerdo con su entrenamiento y con sus calificaciones educacionales y administrativas. Debe tener dedicación completa a su oficina. Su salario debe ser adecuado a su posición.

Si estos requisitos fuesen llevados a cabo, los decanos podrían dedicar toda su atención a las necesidades de las escuelas. Podrían realizar las normas educativas formuladas por los cuerpos de maestros.

Podrían dedicar tiempo a la selección y promoción de los estudiantes, y a los muchos problemas estudiantiles en los cuales la escuela debe interesarse asiduamente. Los decanos regularían las relaciones interdepartamentales internas en su propia facultad. Podrían establecer, a través de los rectores, relaciones satisfactorias con otras divisiones de sus propias universidades. Por último, podrían ocuparse tanto como fuera posible, de obtener fondos para ayudar en la dotación de sus objetivos educacionales en las escuelas de medicina.

Organización del Profesorado.

El consejo consultivo actual. de cada una de las escuelas de medicina públicas tiene función limitada, que es la de recomendar normas al consejo directivo de la universidad. No es un cuerpo representativo. Consiste del decano que sirve de presidente, y de tres o cuatro profesores, además de un estudiante del sexto año quien ocupa el puesto de honor en su clase.

En la opinión de la misión, un consejo constituido como éste, debe existir, solamente para discutir problemas de las relaciones disciplinarias entre maestros y estudiantes. En particular no debe haber representación del cuerpo estudiantil en un consejo, el cual, aunque sus funciones son solamente deliberativas, podría tener que recomendar acciones sobre el nivel de comprensión estudiantil y podría tener que rendir opiniones sobre asuntos del cuerpo de maestros en los cuales el estudiante no debe participar.

La misión recomienda que se substituya este consejo, como ahora existe por un cuerpo dedicado a trazar normas que determinen el curso general a seguir por la universidad, que nombre y ascienda en rango a los miembros del cuerpo de maestros, que seleccione a los estudiantes para ser admitidos luego de la recomendación de un comité apropiado al efecto, que regule las relaciones entre los departamentos (de la escuela), que planeé los cursos de estudio, que desarrolle y estimule actividades investigativas, y que asuma la responsabilidad por todos los problemas del manejo de la escuela. Es obvio que un estudiante no importa la excelencia de sus calificaciones, no encaja en este cuerpo.

Este consejo consistirá de los jefes de todos los departamentos mayores de la escuela y además de uno o dos representantes del cuerpo de profesores. Un consejo constituido en esta forma tendría un mayor alcance en las deliberaciones y en el establecimiento de normas y

proveería al decano, quien es administrador de la escuela, con el más fuerte respaldo posible de parte de toda la facultad en llevar a cabo las normas trazadas. Actualmente ningún decano de una escuela médica colombiana tiene tal respaldo.

Los departamentos que ordinariamente estarían representados en el consejo directivo aquí propuesto serían: anatomía, bioquímica, fisiología, farmacología, microbiología, medicina interna (incluso especialidades), cirugía (incluso especialidades), pediatría, obstetricia, ginecología, psiquiatría y neurología. Otros departamentos podrían ser incluidos en aquellas facultades en las cuales estos hubiesen alcanzado mayor importancia por ejemplo, medicina tropical.

El cuerpo de profesores, consiste de todos los miembros con rango de profesor a instructor, debe reunirse dos o tres veces al año, para considerar asuntos de interés general a la escuela, incluyendo problemas científicos. En tal reunión se debe discutir cualquier sugerencia para la mejoría de la escuela. El decano debe informar en tal reunión de los cambios en las normas y debe presentar otras cuestiones de interés general. En una de estas reuniones anuales un representante al consejo directivo debe ser electo por un término de dos años, de manera que un miembro del cuerpo de profesores con alguna experiencia anterior siempre ocupe asiento en el consejo. En muchas escuelas los programas científicos principales se presentan en tales reuniones.

Organización de los departamentos.

Muchos departamentos de las escuelas médicas en Colombia están organizadas bajo la dirección de un jefe, pero en varios casos dos o más profesores titulares tienen organizaciones autónomas en el mismo campo de especialización médica. En una escuela, por ejemplo, hay tres profesores de cirugía, cada uno de los cuales es independiente de sus colegas. Puede que haya alguna que otra discusión superficial respecto a los métodos de enseñanza entre estos varios profesores, pero prácticamente cada uno dirige un departamento separado y los estudiantes asignados a un grupo puede que nunca tengan contacto con los profesores de los otros grupos. Esta situación es también prevalente en otros campos en varias de las otras escuelas. Esto no es deseable. Esta situación provoca gastos adicionales y una duplicación innecesaria del personal y edificaciones, limitando la instrucción de los estudiantes.

La misión recomienda que en cada escuela haya un departamento bien organizado en cada campo de la medicina y que cada departamento esté dirigido por un jefe. Es obvio que los estudiantes deben adquirir tanto conocimiento como sea posible en todas las materias y, es igualmente obvio, que los estudiantes deben estar al tanto de las relaciones entre las materias estudiadas, pero para mayor conveniencia en la enseñanza y también por los intereses especiales y los conocimientos específicos de varios miembros del cuerpo de profesores, las escuelas se deben dividir en departamentos y cada materia debe ser enseñada por su departamento respectivo.

Las relaciones administrativas son más efectivas cuando los departamentos son organizados bajo un jefe. Este arreglo permite la preparación eficiente de cursos de estudio, la asignación de las varias responsabilidades de la enseñanza a los profesores asociados y otros en el departamento y permite también la adecuada formulación de presupuestos. El jefe de cada departamento debe asumir responsabilidad total por la organización de su departamento, incluyendo el nombramiento de nuevas personas, la asignación de deberes y las relaciones interdepartamentales. El jefe debe ser el portavoz de su departamento ante el decano de la facultad.

Los varios departamentos deben tener frecuentes reuniones de los miembros que los componen. Es muy importante que aquellos miembros ocupados en la enseñanza y en la investigación en cada departamento se conozcan entre sí y discutan y cambien de ideas. En los departamentos de materias clínicas, en los cuales hay por lo regular muchos instructores parciales (part-time), éstas reuniones son muy importantes para mantener a estos médicos informados de los problemas departamentales, de los cambios de normas y de otras materias.

En algunos casos puede haber subdivisiones dentro de departamentos. Dermatología, por ejemplo, sería una división de departamento de medicina interna. No hay razón por la cual con las propias cualidades, el jefe de una de estas divisiones no sea un profesor titular, pero debe estar bajo la jurisdicción del jefe del departamento de medicina y los programas para la enseñanza de la dermatología deben ser planeados de acuerdo con el departamento de medicina.

Presupuesto

Los presupuestos de las escuelas de medicina en Colombia son aparentemente preparados por los decanos y los rectores, quizás con al-

guna que otra discusión con los jefes de departamentos. Todos los presupuestos estudiados por la misión eran, sin embargo, cantidades globales para ser gastadas por la escuela en conjunto, sin especificaciones, para salarios y equipo y en algunos casos para la construcción de nuevos edificios. Aparentemente no existe dentro del presupuesto de la escuela, presupuestos específicos departamentales que pongan la responsabilidad directa en los jefes de departamentos en relación a sus gastos respectivos.

La misión recomienda que se sustituya en lugar de este sistema global un sistema de presupuestos departamentales. Estos deben ser preparados por cada jefe de departamento mucho antes del comienzo de cada año económico. Deben incluir el salario específico para cada miembro del departamento: profesores, secretarías, técnicos ayudantes personal de mantenimiento, y también un presupuesto de gastos para materiales, equipo y todos los otros artículos necesarios para el departamento. Apropiaciones especiales para construcción de laboratorios y facilidades investigativas deben ser presentadas, pero no en el presupuesto anual regular.

Estos presupuestos departamentales deben ser sometidos al decano y armonizados con las ideas de éste, quien a su vez someterá el presupuesto total de la escuela al rector y al consejo directivo de la universidad. La responsabilidad de proveer fondos descansa en el consejo directivo. Con esta forma de presupuesto explícito, las justificaciones para los distintos gastos aparecerán mucho más claras y los rectores podrán usar argumentos persuasivos al presentar las necesidades de la escuela a las agencias fiscales del gobierno y otras agencias de soporte económico.

Institutos.

Entidades de enseñanza o investigación conocidas como institutos existen ya en varias escuelas de medicina en Colombia y otros están siendo planeados para el futuro. Aunque los objetivos de estos institutos son laudables la misión no ve justificación en el aislamiento de programas particulares en ningún campo médico, además de requerir gastos en la creación de edificios separados, hay que considerar la provisión de instalaciones separadas para ellos. Hay espacio adecuado en todos los edificios existentes o en sus hospitales asociados, para el desarrollo de éstos proyectos especiales y su establecimiento en los edificios existentes harían estos proyectos más asequibles a cualquiera que

estuviese interesado en ellos.

La misión por lo tanto recomienda que todos los institutos sean incorporados en los departamentos respectivos de las escuelas de medicina.

III. ORGANIZACION DE LAS ESCUELAS MEDICAS COLOMBIANAS.

2. — SELECCION Y PROMOCION DE PROFESORES.

Selección de profesores.

La calidad del programa educativo que una escuela de medicina puede llevar a cabo depende de la competencia y el interés de los profesores. Ciertas cualidades son esenciales a todos los maestros. Naturalmente, éstos deben conocer todos los aspectos de la materia que vayan a enseñar, aunque este conocimiento es sólo el principio de su función. También deben tener un interés real en su materia, sosteniéndola a un nivel avanzado. Deben comprender a los estudiantes, apreciar sus problemas y tener un interés sincero en ayudarles a comprender conceptos difíciles. Por último, deben tener la habilidad de inspirar a los estudiantes y compartir con ellos algo de su propio entusiasmo para el futuro no sólo en el campo de su especialidad sino también en la profesión de la medicina en general.

Hombres de tales intereses y talentos no abundan frecuentemente en ningún país y por varias razones son también escasos en Colombia. Por lo tanto, es asunto de gran importancia que el profesorado de cada escuela de medicina sea seleccionado de tal manera hasta obtener hombres, tanto como sea posible, de cualidades excelentes. Es igualmente importante que los ascensos en rango se manejen de tal manera que estimulen el desarrollo de estos hombres a su grado máximo.

Métodos actuales de selección y promoción.

La misión encontró tres puntos notoriamente débiles en el actual sistema de selección y promoción para los profesores, lo cual se hace generalmente por **concurso**. Es cierto que este método ha sido de valor en el pasado y que ha formado parte del reglamento establecido y ha ofrecido alguna protección contra la remoción arbitraria por influencia política. Pero estos beneficios, sin embargo, no contrarrestan los perjuicios siguientes del sistema:

1. — El concurso es participado solamente por algunos médicos

locales de la ciudad donde se encuentra la escuela de medicina. Una razón para esto es que el anuncio no se hace hasta que la vacante ha sido declarada y por lo tanto los concursos ocurren a intervalos irregulares. Otra razón es que pocos médicos vienen de ciudades lejanas a participar. Para un hombre sería un riesgo loco si por creerse tan seguro de ganar el concurso hiciera los arreglos necesarios para cambiar su residencia de antemano. Aún otra razón es que muchos médicos rehúsan participar porque dudan que el concurso sea conducido en una forma imparcial; esta creencia existe aunque siempre se haga un esfuerzo para conducir las competencias en forma justa e imparcial. Por último el método por concurso no sirve los mejores intereses de la escuela, puesto que, antes de ganar el concurso, el aplicante no tiene razones valederas para discutir aquellos cambios que el consideraría importantes y tendría que aceptar la plaza en la condición original.

2. — El sistema por concurso evita que otros miembros del departamento o de la facultad tengan voz en la selección de un hombre con el cual van a cooperar íntimamente. Numerosos profesores de varias de las escuelas informaron a la misión que por lo regular tenían dificultad en establecer armonía con los nuevos miembros nombrados por concurso en sus departamentos aunque estos nuevos miembros fueran inferiores en posición. Conflictos personales no pueden ser eliminados por este método, ni por ningún método, pero en el método por concurso el miembro joven sabiendo que el que le sigue en categoría no participó en su selección, no siente lealtad para él.

3. — Es imposible establecer un concurso en el cual se pesen las cualidades intangibles necesarias para la enseñanza competente e inspiradora. Si todos los elementos subjetivos fuesen eliminados del concurso, podría haber cierto grado de imparcialidad, pero sería todavía imposible medir por medio de exámenes escritos aquellos factores intangibles esenciales. Si por otro lado se dá énfasis a factores subjetivos, hay probabilidades que esto favorecería a aquellos médicos cuyas carreras han seguido el mismo camino a ciertos miembros importantes de la sociedad, aún en asuntos políticos, los cuales serán preferidos sobre otros concursantes. No hay duda que esta clase de prejuicio existe.

La misión tuvo conocimiento de numerosos casos de médicos colombianos que fueron a especializarse por dos o más años a países extranjeros, pero que al regresar tenían menos oportunidades que aquellos colegas que se habían quedado en la ciudad con menos ocupación

instructiva y a la vez no se les dio crédito por sus años de estudio fuera de la nación.

Recomendaciones para selección y promoción.

La misión recomienda que el método por concurso sea abandonado como un método para seleccionar y ascender a los miembros de la facultad de medicina, y propone lo siguiente:

1. — Los miembros jóvenes de la facultad hasta el rango de profesor auxiliar deben ser nombrados por recomendación del jefe de departamento y con la aprobación del cuerpo administrativo de la escuela. El nombramiento original debe ser por un período limitado preferiblemente no más de dos años. Puesto que el jefe del departamento va a ser responsable del trabajo del individuo nombrado, también debe ser responsable de examinar las capacidades y de recomendar el candidato. Las autoridades administrativas, en circunstancias ordinarias, debe satisfacerse con saber que el puesto existe o está vacante y que el hombre recomendado para él posee las cualidades académicas y antecedentes profesionales para ocuparlo.

Después de algún tiempo de servicio la calidad de trabajo del nuevo miembro será aparente a todos los miembros de la facultad. Si no es adecuado, se da por sentado que el jefe del departamento no recomendará su reelección o su promoción. Si tal cosa hiciera sería fácil para las autoridades administrativas no aprobar el nombramiento.

2. — El nombramiento de las posiciones más altas en el profesorado de una escuela de medicina son de tan grande importancia para todos, maestros, estudiantes y la escuela en general, que es necesario tomar precauciones especiales. Esto incluye tanto promociones como nuevos nombramientos. El objetivo aún cuando a veces se haga tardío en conseguir, debe ser nombrar a un hombre de entre todo el conjunto profesional o académico, que pueda hacer la mayor contribución al puesto que vaya a ocupar.

El plan preferido sería nombrar un comité especial de entre los miembros de la facultad, consistente de cinco a siete miembros representativos de distintas especialidades relacionadas, ninguno de los cuales, por supuesto, debe considerarse como aspirante al puesto. Este comité debe consultar con los miembros del departamento, con profesores de la misma especialidad en otras universidades colombianas y latinoamericanas y también en Europa y Norte América. Las recomendaciones así obtenidas deben ser evaluadas cuidadosamente y toda otra

información adicional obtenible debe ser compilada acerca de los hombres que parecen ser buenos candidatos para la posición. Esta información debe incluir la disponibilidad en que estaría el candidato al ofrecérsele el puesto.

Al hacer la selección final, tanto como durante toda la investigación, el comité debe tener en mente las condiciones necesarias para la posición: deben buscar un hombre bien entrenado bajo maestros de conocida reputación en su campo de especialidad; que haya demostrado interés y devoción en la enseñanza y la investigación; cuyas cualidades personales sean tales que trabaje en armonía con sus colegas; cuyos conceptos y actividades ayuden al desarrollo de la escuela y al alcance de sus objetivos; y que sea un modelo para los estudiantes en su propia carrera.

Cuando la búsqueda haya seleccionado a pocos individuos, los miembros del comité deben hacer arreglos para entrevistas personales con ellos. Cuando hayan hecho la selección final de entre este pequeño grupo, su recomendación para el nombramiento debe ser transmitida al decano, quien a su vez lo transmitirá al consejo consultivo junto con sus comentarios. Cuando el comité especial haya podido ponerse de acuerdo respecto a un nombramiento, las autoridades administrativas de la escuela y de la universidad deben siempre convenir en él, a menos que haya circunstancias verdaderamente excepcionales que justifiquen la desautorización.

3. — Cuando haya una vacante para una de las altas posiciones en la facultad; aquellos médicos de rango inmediatamente inferior a la vacante, pero ya en el profesorado, deben ser considerados primero. Hay ciertas ventajas, tales como experiencia en los asuntos del departamento y las condiciones y habilidades de éstos hombres ya bien conocidas de sus colegas en la facultad. Sin embargo, todas las promociones deben ser recomendadas por el comité especial, el cual no debe limitar sus deliberaciones a los miembros de su propia facultad, si médicos en otros centros de enseñanza son evidentemente superiores y si sus servicios son obtenibles.

Desarrollo de Profesores de Medicina.

Existe grande evidencia que cierto número de médicos colombianos poseen talentos naturales para la enseñanza competente e inspiradora. Desgraciadamente el patrón de la enseñanza médica en Colombia ha sido tal que sólo en circunstancias especiales estos talentos

han sido completamente desarrollados. Por el futuro de la educación médica en este país, es imperativo que esta pauta sea alterada, de tal manera que jóvenes prometedores puedan seguir carreras de investigación y enseñanza y que sean entrenados específicamente de manera que se desarrollen en maestros eficientes y hábiles.

La misión recomienda tres soluciones al problema del desarrollo de maestros idóneos para las nuevas escuelas de medicina y para fortalecer el profesorado de las escuelas viejas:

1. — Jóvenes prometedores deben ser enviados al exterior a varios centros médicos para entrenamiento avanzado. Aunque esto se hace en la actualidad en forma limitada, sólo un pequeño número de estos médicos entrenados en el exterior dedican una mayor parte de su tiempo a la enseñanza y a la investigación. Esto se debe, en parte, a que desde un principio estos médicos estaban interesados en la práctica privada de la medicina y no en cuestiones académicas. Un factor contributivo es también el hecho de que al regresar de los países extranjeros estos jóvenes no encuentran vacantes en las escuelas de medicina y no hay equipos para que continúen el tipo de trabajo investigativo y de enseñanza para el cual su entrenamiento en el exterior los había preparado. La misión recomienda que se hagan esfuerzos para enviar al extranjero a aquellos estudiantes médicos prometedores que al graduarse demuestren interés y estén capacitados para la enseñanza y la investigación. Antes de salir de Colombia debe haber planes definitivos para que a su regreso tengan puestos definidos en la enseñanza en los cuales sus talentos y entrenamientos puedan ser debidamente utilizados.

2. — Maestros maduros, competentes y de gran experiencia pueden ser importados. Esto ya se hace en varias escuelas y con gran beneficio. En algunos casos, desgraciadamente, estos hombres reciben poca remuneración y tienen tan pocas oportunidades de llevar a cabo sus trabajos investigativos y de enseñanza, que su rendimiento total no es eficiente. Si maestros extranjeros de talento han de ser retenidos en Colombia, y otros han de ser persuadidos a venir, estas circunstancias no pueden continuar.

La misión recomienda enfáticamente que este método de mejorar la educación médica se use más extensamente que al presente; esto ayudará a resolver los problemas del futuro inmediato. Inevitablemente pasarán varios años antes que suficientes médicos colombianos talentosos puedan ocupar posiciones en todas las facultades de medicina y el mejoramiento de la educación médica en este país no debe pos-

ponerse. Con algún esfuerzo sería posible localizar y persuadir varios individuos competentes en las distintas especialidades, para que vengan a Colombia. Se han encontrado algunos en la Argentina y en España y se debe hacer esfuerzos para encontrarlos también en el resto de la América Latina, en Europa y en Norte América.

Maestros extranjeros competentes y de gran experiencia pueden producir una mejoría inmediata en la educación y la investigación. Ellos pueden también estimular el interés de sus estudiantes en estos campos y seleccionar aquellos estudiantes que prometan para entrenamiento más avanzado; ellos pueden establecer la base de un desarrollo y un progreso sólido en las escuelas de medicina colombianas en el futuro. Estos beneficios, sin embargo, no pueden efectuarse en poco tiempo. Los maestros extranjeros deben contratarse por períodos de tiempo tan largos como sean necesarios para llevar a cabo sus programas, por lo menos tres o cuatro años, con la esperanza de que durante ese tiempo puedan seleccionar y entrenar adecuadamente jóvenes colombianos.

3. — Debe proveerse facilidades en las universidades colombianas para el entrenamiento avanzado de médicos. En la actualidad este método de entrenamiento casi no existe en el país. Las escuelas de medicina por lo tanto están fallando en su obligación de preparar maestros para el futuro. Estos programas de entrenamiento tienen además la ventaja de fortalecer y estimular tanto a la facultad como al cuerpo de estudiantes.

En la opinión de la misión sólo uno o dos departamentos en todas las escuelas de medicina de Colombia están suficientemente bien organizados y equipados para justificar en el presente un programa de entrenamiento post-graduados. Se recomienda que estos departamentos bien calificados comiencen inmediatamente programas para entrenamiento post-graduado y que reciban el más fuerte respaldo tanto de las escuelas de medicina como de otras fuentes para que esto pueda efectuarse. También se recomienda que otros departamentos comiencen a planear tales programas y que los pongan en efecto lo antes posible.

III. ORGANIZACION DE LAS ESCUELAS MEDICAS COLOMBIANAS.

3. — PREPARACION, SELECCION Y PROMOCION DE ESTUDIANTES.

El nivel educativo de un programa médico depende en gran parte de la preparación de los estudiantes al entrar a la escuela de medicina. La rapidez de progreso posible en una facultad de medicina, depende no sólo de los talentos naturales e interés de los estudiantes, sino también de los métodos de instrucción y de las técnicas de enseñanza a las cuales los estudiantes son sometidos. La preparación de los estudiantes antes de entrar a la escuela de medicina es por lo tanto de la mayor importancia y debe ser considerada como parte fundamental de la educación médica.

Preparación de estudiantes de medicina.

La misión encontró que sólo un pequeño porcentaje de los estudiantes en las escuelas médicas de Colombia podrían ser considerados como bien preparados por un observador imparcial; ellos son las excepciones. Tal preparación excepcional se puede explicar por un ambiente de familia especial, talento natural y gran intensidad en el interés personal. Estos casos excepcionales no deben ser usados como prueba de la excelencia del sistema. Por el contrario, la misión encontró dos notorias debilidades en las escuelas secundarias de Colombia.

1. — La primera debilidad fue la gran variación en la educación preparatoria que los estudiantes reciben. Algunas escuelas son tan malas que no están autorizadas para conferir bachilleratos. Aquellas que están autorizadas, varían ampliamente entre escuelas solventes, con buenas facilidades, con buenos y suficientes maestros y que hacen gran esfuerzo para mantener una norma alta, y aquellas cuyas facilidades son escasas y sus profesorado son inadecuados. Entrenamiento y tiempo para enseñar, o con algunos maestros de tiempo incompleto y que hacen poco esfuerzo para mantener un alto nivel de enseñanza.

Esta variación tan amplia es bien conocida a todas aquellas personas bien informadas en Colombia. Este hecho fue testificado virtualmente por todos los profesores y por todos los estudiantes de medicina, y por los médicos en práctica privada que fueron entrevistados. Otra evidencia de esta gran variación es que en una escuela de medicina

donde hay exámenes escritos de admisión, todos los estudiantes de algunas ciudades fracasan con regularidad, aunque los exámenes son corregidos por miembros de la facultad que no saben ni los nombres ni los sitios de procedencia de los candidatos.

2. — La segunda debilidad en la educación secundaria en Colombia es que casi toda la enseñanza se hace en forma teórica, con poco énfasis a la forma práctica. Por ejemplo, aunque los estudiantes, de la escuela secundaria han tomado cursos en química, es necesario introducirlos al uso del más simple equipo en los laboratorios de química de las escuelas de medicina. Los estudiantes han tenido cursos de biología pero es excepcional que alguno de ellos haya usado un microscopio y muchos de ellos nunca han visto uno. Debido a estas deficiencias de el profesorado la escuela de medicina tiene que gastar gran parte de valioso tiempo entrenando a los estudiantes en métodos de laboratorio. Es también debido a esta flojedad en la preparación de estudiantes que las escuelas de medicina, al presente, hacen uso inadecuado del laboratorio en su enseñanza. En la mayoría de los países de Europa Occidental y en los Estados Unidos de América la expansión rápida de los conocimientos científicos ha traído consigo mejoras en los métodos educacionales, los cuales proporcionan al estudiante amplia oportunidad para trabajo práctico en todas las asignaturas científicas que espera estudiar.

El mejoramiento verdadero de la educación secundaria en Colombia requeriría un estudio concienzudo por un grupo de personas profesionalmente competentes. Sin embargo, siendo la educación secundaria de tal importancia en el origen de una buena educación médica, mencionaremos las diferencias entre Colombia y otras naciones para sugerir una posible forma de mejoría.

En los Estados Unidos de América y los países de Europa occidental hay dos variaciones distintas en el problema de la educación preparatoria para medicina. En Francia, Alemania, Inglaterra y los países escandinavos se ha hecho una distinción clara y oficial entre las escuelas que preparan estudiantes para múltiples ocupaciones que no requieren educación profesional y aquellas escuelas que preparan estudiantes para entrar a las universidades, y que por lo tanto tienen que avenirse a las normas universitarias. En los Estados Unidos la solución ha sido el desarrollo de una tercera etapa en la educación, el college el cual todos los estudiantes tienen que completar antes de ser considerados como candidatos a una escuela profesional.

Una forma en que se podría mejorar la educación secundaria en

Colombia sería que el Ministro de Educación seleccionara un grupo de educadores profesionales, sin prejuicios, para estudiar todo el sistema educativo del país y recomendar formas de fortalecerlo. Lo ideal sería que estos expertos fueran de un país extranjero para así asegurar su imparcialidad. Igualmente alguna institución relativamente estable e independiente debería crearse para que llevase a cabo durante los próximos cinco o diez años las recomendaciones y mejorías sugeridas.

Mientras tanto que la educación secundaria en Colombia no sea grandemente mejorada, las facultades de medicina de este país deben desarrollar algún método para diferenciar entre los buenos colegios y los malos, y deben limitarse a aceptar bachilleres de las escuelas de la más alta calidad.

El Año preparatorio.

Hace aproximadamente dos años se trató de compensar las deficiencias de la educación secundaria en Colombia, requiriendo a cada estudiante, antes de entrar a una escuela profesional, incluso las escuelas de medicina, un año llamado "Preparatorio", en la universidad. Este requisito encontró oposición en el profesorado de varias escuelas de medicina, pero fue declarado obligatorio por decreto presidencial y fue finalmente adoptado por todas las universidades comenzando el curso 1952 - 1953. Existe duda de si el plan continuará en operación. Al finalizar este estudio se oían rumores de que sería abandonado.

Las mayores críticas contra el año preparatorio, expresadas a la misión, pueden resumirse así: (1). Puesto que el defecto fundamental es en la educación secundaria, los cambios deben hacerse a ese nivel, en lugar de tratar de corregir los defectos de seis años anteriores en un solo año universitario. (2). El programa formulado para el año preparatorio incluye once asignaturas; es obvio que este número de cursos puede ser presentado solamente en forma artificial y teórico. (3). No se ha hecho provisión económica adecuada para este curso considerando la necesidad adicional de profesores competentes. El resultado, por lo tanto, ha sido debilitar el estado económico universitario, sin la formación de un cuerpo de maestros adecuado para el año preparatorio. (4) Las facultades de medicina tienen que aceptar todos los estudiantes que completan el año preparatorio satisfactoriamente, aunque el número sea mayor del que cualquier facultad, con sus presentes facilidades, pueda manejar.

A pesar de estas críticas, fue la opinión de todos, menos dos escuelas de medicina, que los estudiantes que habían completado el año preparatorio estaban mucho mejor preparados que los estudiantes de años anteriores, y que por lo tanto, estuvo bien empleado el dinero y el tiempo gastados en la formulación del plan. En una de las escuelas de opinión contraria la crítica que se ofreció no es válida. Todo lo que se hizo fue designar el primer año de medicina con el nombre de año preparatorio sin cambiar los cursos en forma fundamental. En la segunda escuela en contra del plan, muchos maestros enseñaron el primer año de medicina a un nivel superior. Ellos manifestaron que el número de fracasos en este primer año había sido reducido considerablemente. Otros miembros de la facultad, sin embargo, y los administradores de la escuela, ofrecieron la crítica de que no se les había ayudado económicamente en forma adecuada para el año preparatorio que habían añadido a su programa de instrucción. También argumentaron que el año preparatorio interfirió con la selección exclusiva de estudiantes bien preparados.

La opinión de la misión con relación al año preparatorio es la siguiente: (1) Representa un paso de avance, aunque no elimina la necesidad urgente de mejorar todo el sistema de la educación secundaria. (2) El presente plan del año preparatorio debe ser alterado incluyendo menos cursos y proveyendo más trabajo práctico a los estudiantes. (3) Las asignaturas incluídas en el curso deben ser: química general, biología general, y física general y uno que otro curso diseñado para ampliar la cultura general del estudiante. (4) Los gobiernos nacional y departamentales deben cumplir con su obligación de proveer suficientes fondos para sufragar el año preparatorio sin debilitar otros programas universitarios. (5) Se debe hacer todo esfuerzo posible para reclutar profesores para el año preparatorio, que sean tanto competentes en la materia que enseñan, como interesados y devotos y que dediquen su tiempo total a la enseñanza, debiendo a su vez recibir remuneración adecuada. (6) Durante el año preparatorio y al finalizar éste, los profesores deben eliminar a aquellos estudiantes que no demuestren suficiente interés o talento para el estudio de la medicina y deben seleccionar para admisión solamente aquellos que tienen buenas cualidades. Esto implica que las escuelas de medicina deben tener mano libre en seleccionar solamente aquellos estudiantes prometedores y no deben ser forzadas a admitir más estudiantes de los que puedan manejar. (7) Puesto que el año preparatorio es cuestión de ley nacional, no debe ser aprobado en ninguna universidad que con deliberado artifi-

cio no cumpla la ley, denominando falsamente el primer año de medicina como año preparatorio.

Selección de estudiante.

Tanto el cuerpo de profesores de medicina como todos los gobernantes responsables deben darse cuenta de la importancia de la propia selección de estudiantes de medicina. Esto es cierto tanto en sentido positivo como en sentido negativo: Si estudiantes malos son admitidos, aquellos mejor calificados y que podrían ser médicos excelentes, serían excluidos, si la matrícula es limitada a cierto número. Más aún, los estudiantes que son admitidos sin educación y calificaciones adecuadas, fracasarán durante algún estado del currículo médico, malgastando así su propio tiempo, el de la facultad y el de sus compañeros de clase, o lo que es peor, podrían graduarse y ser médicos incompetentes para sufrimiento de sus pacientes, de sus colegas y del público en general, durante toda su vida profesional.

El número de estudiantes que debe ser admitido a una escuela de medicina es limitado, por varias razones. Estas son: el número de candidatos verdaderamente calificados e interesados, el espacio y equipo disponibles y el tiempo que profesores verdaderamente interesados y competentes puedan dedicar a la vigilancia y a la instrucción.

La admisión debe ser siempre limitada a aquel número de estudiantes que los profesores puedan llegar a conocer bien. Ninguna escuela debe ser tan grande que todos sus estudiantes no puedan estar en contacto directo con los principales profesores de todos los departamentos.

Otra razón aún de más importancia, a la que no se dá énfasis comúnmente en Colombia, es la consecuencia de la actitud estudiantil, que resulta de formar parte de un grupo. Ha sido ampliamente demostrado que si un estudiante es miembro de un grupo suficientemente pequeño que le permita conocer personalmente todos los otros miembros del grupo, el resultado neto es que este estudiante hará un mejor esfuerzo en todas direcciones. Por el contrario cuando un grupo es tan grande que cada estudiante no puede conocer a todos los otros personalmente, la influencia del grupo es dar paso a aquellas cualidades personales peores, tales como la pereza, el descuido y la irresponsabilidad personal. Si se tiene dinero y tiempo, es siempre posible aumentar el espacio y equipo necesarios para la enseñanza. Es posible también añadir nuevos miembros al profesorado y agregar mayor tiempo a profe-

sores parcialmente dedicados (part-time). Se ha demostrado en repetidas ocasiones, sin embargo, que el número máximo de estudiantes que un profesor puede llegar a conocer individualmente es 125, y que un grupo óptimo no debe exceder este número.

De esto se desprende que el número máximo de estudiantes que debe ser admitido a una clase de primer año en una escuela de medicina en Colombia no debe exceder de 125, y en la mayoría de las escuelas el número debe ser considerablemente menor. Es necesario ser enfático en este punto. La admisión de más estudiantes de los que pueden ser manejados adecuadamente, invariablemente resulta en una tensión insostenible tanto del personal, como de las facilidades físicas de la escuela. También se produce la situación inevitable de que ninguno de los estudiantes obtiene tan buena educación, como ellos y sus futuros pacientes merecen.

Otra consideración en la selección de estudiantes para admisión es la preparación del candidato para el estudio de la medicina. No todos los candidatos son buenos candidatos. A veces un joven tiene muy poco conocimiento de lo que es una escuela de medicina o lo que es la profesión médica. A veces solamente trata de ser admitido porque la universidad es barata, comparada con una escuela privada, o porque su familia quiere tener la distinción de educarlo y puede que tenga muy poco interés real y permanente en la medicina. En otras circunstancias aunque el estudiante haya podido aprobar la escuela secundaria, todo su récord indica mediocridad mental y puede que no esté preparado intelectualmente del todo para una educación médica. Aún en otras circunstancias sus cualidades personales, tales como integridad y destreza pueden ser tan pobres que el estudiante no es adecuado para la profesión de médico, aún cuando mentalmente puede ser un individuo brillante, lo cual le facilitaría aprobar los cursos de la carrera.

La misión cree que los estudiantes médicos de Colombia deben ser seleccionados con el mayor cuidado. Proponemos que cada escuela nombre un comité compuesto de 5 a 7 miembros del profesorado, activos e interesados, los cuales deben servir en este comité por varios años. Los miembros de este comité deben hacer un esfuerzo por familiarizarse con la calidad individual de cada una de las escuelas secundarias y del año preparatorio, que son las fuentes de posibles candidatos.

Este comité debe considerar individualmente cada aplicante para admisión. No sólo deben pesar la evidencia de los documentos, sino que deben consultar la opinión de profesores prudentes en las es-

cuelas secundarias y en el año preparatorio, que puedan evaluar las cualidades escolásticas y las características personales, en el sentido de si el candidato es o no bueno para el estudio de la medicina. Deben entrevistar personalmente cada estudiante que se considere seriamente para ser admitido, y en estas entrevistas deben hacer un esfuerzo por determinar la sinceridad e integridad y la estabilidad mental del candidato, su interés en la profesión médica, y la posibilidad de que en el futuro sea un estudiante digno de confianza.

Cuando el número de candidatos sea en exceso al número de sitios disponibles, el comité debe usar pruebas de aptitud y exámenes escritos para la decisión final.

Las decisiones del comité deben ser respaldadas por los otros miembros de la universidad, y por los gobernantes y deben ser alteradas en favor de estudiantes rechazados solamente bajo las más extremas circunstancias. Para ser así protegidos, sin embargo, los comités deben ser extremadamente cuidadosos y libres de prejuicios e injusticias.

Calificaciones.

Al presente, el método usado para las calificaciones finales en todos los cursos es el de someter al estudiante a varios exámenes, por lo regular dos, durante el curso, con un examen final que contribuye la mayor proporción de la calificación final. Con algunas excepciones los exámenes son escritos. La misión fue informada que en algunos cursos los trabajos clínicos y de laboratorio son evaluados pero no hay evidencia de que esta evaluación cuenta en la calificación final.

Este sistema premia la memorización de conferencias y datos textuales pero ignora la competencia práctica del estudiante que es por lo menos tan importante como su habilidad para memorizar datos. Se recomienda que el sistema presente de exámenes preliminares y finales sea continuado, pero que también se califique de acuerdo con el trabajo práctico y que éste constituya por lo menos el 60% del grado final.

Promoción de estudiantes.

Juntamente con la selección cuidadosa de los estudiantes para ser admitidos a las escuelas de medicina, debe hacerse la observación cuidadosa y repetida del desarrollo de sus conocimientos y destreza durante el curso de sus estudios. Se ha dado énfasis en el párrafo ante-

rior a la importancia del trabajo práctico del estudiante en contraste a su habilidad de recitar o contestar exámenes escritos. Similarmente debe dedicarse gran atención y estudio a cada etapa de progreso al través de la escuela y a la manera como los estudiantes son promovidos de una etapa a la otra.

En la actualidad la situación de promociones en las escuelas de medicina de Colombia es muy poco satisfactoria, es casi caótica. Si un estudiante fracasa una asignatura un año, se le permite automáticamente, no sólo repetir esa asignatura, sino continuar con otras nuevas. La única restricción concierne a aquellos cursos considerados pre-requisitos de otros. Si un estudiante fracasa en anatomía, a éste estudiante no se le permite tomar fisiología u otros cursos considerados como dependiente de la anatomía. Muchas materias, sin embargo, se consideran independientes y aún más, si un estudiante ha fracasado en varias asignaturas precedentes, se le permite continuar con las otras que son más adelantadas en orden cronológico. La misión fue informada que en algunas escuelas un estudiante puede restringirse a sólo dos materias, y que no las puede repetir más de tres veces. En otras escuelas se les permite tomar cursos que regularmente están distribuidos en tres diferentes años. En discusiones generales con varios miembros de las distintas facultades de medicina, la misión tuvo la opinión de que las reglas de promoción son indefinidas y que su aplicación es inconsistente.

Los registros examinados en todas las escuelas revelaron el hecho de que en todos los cursos hay estudiantes repitiendo, y estudiantes tomándolos por primera vez. En la mayoría de los casos los repetidores eran casi tan numerosos como los nuevos estudiantes. Por lo regular el profesor no tenía información clara respecto a los repetidores y no sabía si estaban repitiendo el curso por segunda, tercera o cuarta vez. Tampoco se pudo clarificar si los estudiantes que repetían cursos estaban matriculados en el año correspondiente, o en años subsiguientes al curso en cuestión. Un estudiante, aparentemente, podría estar matriculado como interno, mientras repetía o completaba cursos en la escuela de medicina.

Las desventajas de este sistema de promoción son aparentes inmediatamente: el hecho de que cierto número de estudiantes supuestos para matricularse en cierto año de medicina, no provee ningún índice de cuántos estudiantes van a tomar un curso específico. Actualmente puede haber casi el doble de lo que la matrícula indica, haya o no espacio, equipo o facilidades para la enseñanza, para el exceso.

La presencia de repetidores en una clase interfiere con la oportunidad de los nuevos estudiantes para aprender la materia. Ciertamente es que algunos estudiantes repiten cursos porque los exámenes fueron arbitrarios o tuvieron "mala suerte". Por el contrario, la mayoría de los estudiantes que repiten un curso no tienen interés o son torpes en comprender o en raciocinar, o están mal preparados; por lo regular son los peores estudiantes y es probable que tampoco deriven beneficios de sus otros cursos. Además, por lo general, cursos subsiguientes dependen de los anteriores. Finalmente, un estudiante que fracasa en un curso, probablemente no puede completar satisfactoriamente todos los cursos del siguiente año además del curso en que ha fracasado. Por lo tanto, tal estudiante progresa con una o dos materias atrasadas, y no completa su carrera en los 6 años especificados. A tal estudiante se le presentan en la actualidad dos alternativas: (1) Debe emplear un séptimo año aprobando uno o más cursos en las cuales fue deficiente, mientras el resto de su tiempo es malgastado. (2) Se hace algún arreglo por el cual se le considera como interno en un hospital, aunque su trabajo en la escuela evite que derive beneficio máximo de esta oportunidad.

La misión recomienda urgentemente que este método de promociones sea alterado. Un comité de promociones debe ser establecido en cada escuela de medicina, compuesto de los miembros más activos del profesorado, el cual debe repasar el trabajo de todos los estudiantes en todas las clases a intervalos regulares. Aquellos estudiantes que han fracasado en alguna materia deben ser considerados cuidadosamente e individualmente para determinar cuál de los procesos siguientes debe ser aplicado: (1) Si se decide que el individuo no puede ser un buen estudiante y un buen médico en el futuro, debe ser despedido permanentemente de la escuela. (2) Si todo su otro trabajo ha sido excelente, se le debe requerir trabajo adicional en la materia en que fracasó, y la aprobación de un segundo examen en ésta. (3) Si se decide que hubo circunstancias especiales que ya no existen, y que explican su fracaso anterior, se le debe requerir que repita todos los cursos de ese año escolar.

En general el comité debe proceder como sigue: (1) Ningún estudiante debe ser permitido en curso de años subsiguientes, si ha sido deficiente en un curso de un año anterior. (2) Si ha sido deficiente en dos cursos de un año escolar, por lo regular debe ser despedido de la escuela. (3) Estudiantes que no han fracasado en ningún curso pero cuyas calificaciones son muy bajas en varios, deben ser despedidos de la escuela, dependiendo de las circunstancias especiales del caso, o deben

ser requeridos a que repitan un año, o pueden ser promovidos teniendo especial cuidado en vigilar su trabajo futuro.

Si los principios generales aquí detallados se siguen consistentemente, resultaría una serie de mejorías. (1) Estudiantes incompetentes o relativamente incompetentes cesarían de obstruir el trabajo de buenos estudiantes. (2) Todos los estudiantes ascendidos durante un año escolar tendrían en común ciertos conocimientos básicos de las materias precedentes. (3) Aquellos estudiantes con preparación insuficiente, con poco interés, o poca inteligencia para la carrera de la medicina, serían eliminados precozmente, ahorrando tiempo, trabajo y gastos. (4) Se evitaría mucha de la confusión ahora existente en la preparación de los currículos. Es cierto que si se aplican estos principios habrá algunos estudiantes que para salir adelante tendrán que repetir un año extra en la escuela de medicina, pero esto no sería muy diferente del presente sistema de repeticiones de cursos.

III. ORGANIZACION DE LAS ESCUELAS MEDICAS COLOMBIANAS.

4. CURRICULUM (PENSUM) Y METODOS DE ENSEÑANZA.

Como ya se ha anotado, la misión opina que las escuelas médicas de Colombia podrían retener ventajosamente el programa de 6 años. La misión recomienda, sin embargo, que las materias sean integradas en un programa, de tal forma que los dos primeros años se dediquen a las ciencias médicas básicas, el tercer año a estudios pre-clínicos, y los últimos tres años a materias puramente clínicas.

La misión también recomienda la revisión de los métodos de enseñanza actuales en forma que permita mejor utilización del tiempo de los estudiantes. En general el sistema actual de varias materias no relacionadas, estudiadas en conjunto debe ser abandonado, a favor de un sistema en el cual una o dos materias deben ser estudiadas en forma intensiva. Además debe eliminarse el sistema de conferencias didácticas con énfasis en la memorización de datos textuales. Reemplazarse por un sistema en que se dé más énfasis al trabajo práctico del individuo en el laboratorio, al lado de la cama del enfermo, y en la biblioteca.

El pensum de estudios que proponemos se resume como sigue:

Primer Año.

El primer año debe dedicarse al estudio de anatomía y sus varias subdivisiones (anatomía macro y microscópica, embriología y neuroanatomía) y bioquímica. Cada una de estas materias debe recibir períodos de tres o cuatro horas consecutivas, dedicando la mayor parte de este tiempo a trabajo práctico individual en el laboratorio.

Aunque el estudio formal de anatomía debe recibir atención intensiva en el primer año, en lugar de dos años consecutivos, es de importancia recordar que la anatomía constituye parte del estudio durante todo el período de entrenamiento médico. El primer año de anatomía es una introducción o base, y su estudio no termina ahí mismo. Puesto que el estudiante hace su primer contacto con los estudios médicos en su curso de anatomía, es de la mayor importancia que se desarrolle en este tiempo una actitud adecuada para aprender una actitud dinámica para trabajar y que se desarrollen hábitos efectivos de estudio. Muchas fases de la anatomía requieren elaboración y estudio especial en años subsiguientes de la carrera médica y entonces instructores en anatomía deben ayudar en ciertas presentaciones, como parte de la enseñanza clínica.

Anatomía macroscópica. El número de conferencias didácticas actuales que simplemente repiten el material presentado en los libros de texto, debe ser grandemente reducido y el estudiante debe ser enseñado de cómo obtener información por sí mismo tanto de libros como del cadáver. Igualmente, ejercicios de memoria, dictados por el profesor, tal como se practica actualmente el estudio de la osteología, debe ser reemplazado por presentaciones basadas en observación y explicación. La mayor parte del tiempo el estudiante debe ocuparlo en el anfiteatro, disecando cadáveres bajo la supervisión de profesores del departamento de anatomía y de sus asistentes. Siempre que sea posible debe correlacionarse el estudio de función con el de estructura, y debe seleccionarse el material en tal forma que se de énfasis al verdadero estudio de la medicina, en lugar de traducciones fuera de uso. La importancia funcional y clínica de la parte del cuerpo que esté siendo disecado, debe asociarse con la demostración a los estudiantes de pacientes, cada dos o tres semanas. Estas demostraciones deben ser dirigidas por profesores clínicos en los varios campos especiales, en forma que estimule y que ayude al estudiante a formar alguna idea de las amplias implicaciones de la medicina.

Debe haber presentaciones de los fundamentos de la anatomía

radiológica ya sea en asociación con las anteriores demostraciones o ya sea en ejercicios separados dedicados a este fin.

Anatomía Microscópica. El curso de anatomía microscópica debe ser práctico y debe girar alrededor del microscopio. El número de horas dedicadas al laboratorio debe ser por lo menos el doble de las horas dedicadas a conferencias. Estas conferencias deben ser explanatorias en lugar de teóricas.

Es esencial que en el curso de histología cada estudiante posea su propio microscopio, el cual usará luego en sus cursos de patología, bacteriología y parasitología; también lo usará haciendo pruebas de laboratorio durante sus años clínicos, y más tarde durante su práctica profesional. Con el objeto de facilitar la compra de microscopios por todos los estudiantes, la escuela de medicina debe comprar los instrumentos y permitir, a aquellos estudiantes que no puedan hacer un pago total inmediato, pagarlo a plazos durante el período de varios años.

Además de la posesión de su propio microscopio, cada estudiante debe tener una colección de láminas o preparaciones microscópicas de todos los tejidos y órganos normales. Si estas colecciones de preparaciones no existen en la escuela, debe permitirse a los estudiantes hacerlas ellos mismos, aunque esto no es en realidad buen empleo del tiempo del estudiante. Es mucho mejor obtener los servicios de un técnico bien entrenado, que dedique todo su tiempo preparando, renovando o reemplazando láminas para los estudiantes. Con su propio microscopio y sus láminas, los estudiantes pueden utilizar su tiempo libre para estudio efectivo si así la desean.

Debe hacerse lo posible porque el estudio microscópico de los órganos y tejidos en histología y embriología correspondan simultáneamente con la anatomía macroscópica.

Neuroanatomía. El curso en neuroanatomía debe seguir al curso en histología. El trabajo de laboratorio debe incluir la disección vigilada de un cerebro preservado, por cada estudiante o por pequeños grupos de estudiantes, y debe incluir el estudio microscópico de secciones especialmente preparadas al efecto. Lesiones típicas del cerebro y la medula deben ser demostradas por medio de la presentación de pacientes, y al fin del curso deben presentarse problemas neurológicos de casos actuales y hacer que los estudiantes traten de diagnosticarlos.

Bioquímica. El propósito del curso en bioquímica es la selección y presentación de las sustancias químicas relacionadas con los procesos biológicos a que sirven de base: (1) para estudios subsiguientes en fisiología y farmacología, y (2) para comprender las manifesta-

ciones clínicas de las enfermedades metabólicas, balance de fluidos, y otros asuntos clínicos. Puesto que no puede haber verdadero entendimiento de la química sin la observación de las reacciones en el laboratorio, gran parte del tiempo en este curso debe dedicarse en el laboratorio, dos o tres horas a la vez, durante las cuales los estudiantes puedan experimentar a si mismos.

Estos experimentos serán diseñados para fomentar la comprensión fundamental de todas las funciones biológicas. No deben limitarse a tales pruebas como la del azúcar o la de la albúmina en la orina. Todo trabajo de laboratorio debe ser supervigilado por miembros del profesorado y no por asistentes mal entrenados.

La misión observó que en ciertas escuelas médicas tales materias como hematología morfológica eran incluidas en el curso de bioquímica; la misión no cree que estas materias pertenecen en este curso y recomienda que sean transferidas a un curso subsiguiente en métodos de laboratorio clínico. Esta confusión en materias ha sido el resultado, aparentemente, del interés que ciertos profesores de bioquímica habían tenido en asuntos del laboratorio clínico. Esto pareció ser su único mérito (aunque dudoso) para la enseñanza de bioquímica. La misión tuvo la decepción de no encontrar en ninguna escuela un profesor de bioquímica cuyo interés inicial fuese en esta materia y que tuviera entrenamiento especial de post-graduado en ella.

Otras Materias. Además de estas asignaturas básicas el estudiante debe recibir pequeños cursillos que traten de tales materias como la influencia del médico en la sociedad, y el desarrollo de la personalidad. Estas materias deben ser presentadas en conferencias de orientación dedicando cerca de 10 horas a cada tema. Las conferencias deben ser dictadas por aquellos miembros del profesorado, cuyos puntos de vista sobre estos temas sean tanto filosóficos como estimulantes.

Durante el primer año, a su comienzo, el estudiante debe ser instruído en el uso de la biblioteca. Tal instrucción debe consistir de una o dos conferencias introductoras sobre las fuentes del conocimiento médico actual, suplementada por demostraciones prácticas, en pequeños grupos, de cómo buscar materias en los varios índices médicos y cómo encontrar artículos y libros y periódicos en los estantes.

Segundo Año.

Las materias del segundo año deben incluir fisiología, bacteriología, farmacología y patología. Patología se usa aquí en el sentido de

patología anatómica y no en el de patología médica y patología quirúrgica en el sentido corriente enseñado en las escuelas médicas colombianas.

El tiempo del estudiante debe ser dividido en períodos de medio día y no más de tres o preferible sólo dos materias deben ser enseñadas a la vez.

Las líneas de separación entre farmacología, fisiología y bioquímica y aún entre bacteriología y patología, no son claras. Muchos de los experimentos en fisiología, por ejemplo y especialmente en neurofisiología, requieren la administración de ciertas drogas para demostración de ciertas funciones. Substancias endocrinas, hormonas y productos biológicos, deben ser estudiados desde el punto de vista de la química, la fisiología y la farmacología. Los nuevos antibióticos, por ejemplo, han acercado la farmacología a la bacteriología y a la patología. Para evitar repeticiones innecesarias, u omisiones, es esencial que los jefes de estos varios departamentos tengan conferencias por lo menos una vez al año para correlacionar la enseñanza de sus cursos individuales.

La microbiología y la patología también deben ser enseñadas conjuntamente. Los instructores en estos dos campos deben colaborar íntimamente, pero no debe intentarse la integración total de estas materias, puesto que la microbiología debe incluir alguna inmunología y epidemiología, mientras que la patología debe incluir patología experimental y también anatomía patología macro y microscópica.

Fisiología. El propósito del curso en fisiología es relacionar al estudiante con las funciones de todos los órganos y sistemas del cuerpo, por medio de observaciones en sujetos humanos y en animales de experimentación. Esto requiere considerable conocimiento básico de química, física y anatomía. La mayor parte del tiempo del estudiante debe ser ocupado por ejercicios de laboratorio de 3 a 4 horas de duración, durante las cuales pequeños grupos llevan a cabo experimentos bajo la supervisión de profesores y asistentes. Muchas de las observaciones pueden ser efectuadas en el propio estudiante o en sus compañeros de laboratorio, pero es importante que gran parte del tiempo se dedique a experimentación en animales bajo anestesia. Esto le dará al estudiante no sólo una oportunidad para estudiar fisiología directamente, sino que también le dará una oportunidad para aplicar sus conocimientos de anatomía y comenzar a ganar en los principios básicos de procedimientos médicos y quirúrgicos.

La misión cree que el curso de física médica que se ofrece al estudiante en las escuelas médicas colombianas, y que incluye la descrip-

ción didáctica de los aparatos usados en el estudio de la fisiología, pero que no ofrece al estudiante oportunidad de usarlos él mismo, representa un enfoque erróneo al estudio de esta materia. Se recomienda que esto sea abandonado y que se enseñe esto en el curso de fisiología.

El curso de fisiología se presta especialmente apropiado para familiarizar al estudiante con los métodos en toda forma de investigación. También ofrece una gran oportunidad para acostumbrarlo en el uso de la biblioteca. El trabajo experimental en este campo avanza a tan grandes pasos que los libros de texto no pueden mantenerse al día. Usando la biblioteca, el estudiante puede seguir el progreso investigativo en muchos laboratorios y puede aprender bajo la supervisión de sus maestros, cómo usar sus propios poderes de selección y buen juicio en la determinación de cual trabajo experimental ha sido bien controlado y cuál es de dudosa significación.

Farmacología. El curso en farmacología es una extensión de los cursos en fisiología y bioquímica. Se estudian los cambios de actividad funcional por medio de agentes químicos; los efectos tóxicos o terapéuticos de varios compuestos químicos deben ser observados en experimentos en animales en el laboratorio, llevados a cabo por los estudiantes mismos, como en el curso de fisiología. Puesto que los fundamentos de terapéutica se enseñan en este curso se debe dar gran énfasis a la base teórica más bien que al asunto relacionado con la posología.

Debido al progreso en los conocimientos médicos y a las presentes tendencias en la ciencia farmacéutica, el curso de materia médica no se considera útil en la actualidad y debe ser eliminado del currículo médico.

Bacteriología. En muchas escuelas médicas de los Estados Unidos, el curso de bacteriología se denomina "microbiología" porque incluye el estudio de virus submicroscópicos y de las reacciones serológicas, así como también del estudio de las bacterias. El estudiante debe emplear gran parte de su tiempo en el laboratorio cultivando bacterias en medios artificiales, e inoculando animales experimentales. La demostración de pacientes con enfermedades infecciosas estimulan el interés en el curso, e introducen al estudiante en el uso de métodos bacteriológicos en la práctica de la medicina y la cirugía.

El curso de microbiología también incluye instrucción en inmunología. Al mismo tiempo se hace notar la relación entre la inmunología y los problemas de la salud pública.

Patología. La materia del curso de patología durante el segun-

do año se limita principalmente al estudio de la patología morfológica. Otros aspectos de esta materia se enseñan durante el tercer año. Durante el segundo año se estudian principalmente los cambios morfológicos tanto microscópicos como macroscópicos producidos por el impacto de las enfermedades en el paciente. La misión encontró que los cursos de anatomopatología en las escuelas médicas colombianas eran todos inadecuados en grados variables, y que el estudio de patología experimental y fisiológica, que proponemos sea enseñado durante el tercer año, estaba casi totalmente olvidado.

La misión encontró que los departamentos de patología, excepto posiblemente en una escuela, no contaban con suficientes maestros. Los estudiantes pocas veces presenciaban autopsias. Las colecciones de láminas eran muy incompletas, o inexistentes, y en muchas ocasiones no había microscopios con que estudiarlas. La misión recomienda enfáticamente que se tomen los pasos necesarios para corregir estas faltas en este importantísimo curso de estudios.

Las conferencias sobre los aspectos teóricos de la patología deben ser seguidas por varias horas de demostraciones, estudio en el laboratorio, bajo adecuada supervisión, usando tanto especímenes macroscópicos como preparaciones microscópicas. El número de láminas debe ser extenso, y a cada estudiante debe permitírsele el uso de una colección individual que pueda estudiar durante su tiempo libre.

Además del trabajo en el laboratorio, pequeños grupos de estudiantes deben observar autopsias y participar en ellas. Debe ser dada la oportunidad de estudiar los historiales clínicos en cada caso y estudiar los órganos en detalle después de preservación adecuada y además estudiar los cambios microscópicos luego que las correspondientes preparaciones hayan sido hechas. Finalmente, después de que todos estos estudios hayan sido hechos por los estudiantes, todas las fases del caso deben ser discutidas con el profesor que participó en la autopsia.

Conferencias de patología clínica (C. P. C.), deben ser parte del curso en patología; éstas constituyen uno de los métodos más efectivos en la enseñanza tanto de la patología como de la clínica. Por lo menos debe haber una de estas conferencias a la semana, la cual debe ser conducida en el anfiteatro ante grandes grupos de estudiantes de los años clínicos. Un estudiante o un profesor clínico debe primero presentar los datos del caso desde el punto de vista clínico, y luego el patólogo debe presentar los hallazgos post-mortem, finalizando con una discusión general de los profesores clínicos y del patologista.

Semejante método de enseñanza se puede usar durante los años

clínicos utilizando especímenes quirúrgicos, ginecológicos, o de cualquier proceso operatorio llevado a cabo en el hospital y el cual haya sido estudiado por el patólogo. Estos datos deben facilitarse a los estudiantes clínicos que habían examinado al paciente. El patólogo siempre debe estar disponible para discutir los casos con los estudiantes.

Tercer Año.

El tercer año se divide en tres partes. Durante la primera parte los cursos consisten de patología fisiológica y patología experimental y métodos de laboratorio clínico. Los cursos de la segunda parte incluyen parasitología y salud pública, y los de la tercera parte, incluyen el estudio de la anamnesis y la interrogación, el diagnóstico físico y los mecanismos mentales. Estas materias se colocan intencionalmente entre los cursos de ciencias básicas de los dos primeros años y los estudios clínicos de los últimos tres años, en forma de correlacionar los dos tipos de estudio y suministrar al estudiante informaciones especiales y métodos que necesitará en el estudio de sus pacientes.

Patología fisiológica y patología experimental. En la actualidad no se ofrece un curso de patología fisiológica ni de patología experimental. Tal curso debe desarrollarse a expensas del presente curso de técnica quirúrgica. Este último, como se ofrece ahora, no permite al estudiante practicar las intrincadas operaciones estudiadas, ni prevee el fundamento para las explicaciones fisiológicas que el estudiante verdaderamente necesita. Debe ser reemplazado por un curso que permita el estudio de causas y el desarrollo de las enfermedades en animales de experimentación bajo condiciones controladas en el laboratorio.

La producción de degeneración hepática y cirrosis, peritonitis crónica, necrosis y calcificación renal, obstrucción biliar, anemia experimental y otros experimentos similares, pueden ser fácilmente demostrados en pequeños animales (†). El curso de los cambios patológicos puede ser estudiado por días, semanas y meses, dependiendo del tipo de reacción. Este enfoque a los cambios patológicos parece más dinámico que el método tradicional de estudiar la patología por medio de especímenes macro y microscópicos y autopsias. Permite al estudiante observar los cambios que el mismo ha causado en los animales y es otro método efectivo de demostrar las alteraciones que ocurren durante procesos morbosos.

(†) Coman, Dale R. and Brecedis, Charles: A course in experimental pathology for medical students. J. M. Education 28: 47-51 (Sep.), 1953.

Parte muy importante de este curso es la que el estudiante hace individualmente y bajo propia iniciativa en la biblioteca, donde él busca sus propias referencias y lee en los periódicos y revistas recientes sobre las varias enfermedades con las cuales él se está relacionando.

Métodos de laboratorio clínico. Este curso debe ser enseñado por los profesores del departamento de medicina o bajo la dirección de ellos y debe estar íntimamente relacionado con el otro trabajo de ese departamento. Debe permitirse suficiente tiempo al estudiante para efectuar, bajo supervisión, tales exámenes como análisis de orinas, recuentos de sangre, examen coprológico, examen del esputo y tales otras pruebas que él crea necesarias hacer en sus pacientes durante los tres últimos años de su curso en medicina.

Parasitología. El curso en parasitología puede seguir al curso en laboratorio clínico, y puede usarse el mismo salón de laboratorio, o aún puede integrarse con parasitología en cierto grado. El estudiante debe usar su propio microscopio para estudiar todas las formas de parásitos y de materiales contaminados, bajo la supervisión de profesores. Debe atender todas las conferencias de patología clínica relacionadas con enfermedades parasitarias. Casos clínicos de enfermedades parasitarias deben también ser demostrados durante este curso.

Salud pública y medicina preventiva. La salud pública y la medicina preventiva son importantes en cualquier escuela de medicina. Son de particular importancia en las escuelas médicas de Colombia, porque los programas de salud e higiene que al presente existen en el país, pueden ser mejorados por aquellas medidas aplicables tanto a grandes grupos de personas como a individuos, utilizando métodos poco costosos. Existe progreso en muchos de estos problemas, pero mucho más se puede y se debe hacer durante los próximos años con los esfuerzos de los estudiantes de medicina. Es de gran importancia, por lo tanto, que estos estudiantes reciban fundamento sólido en los principios de la salud pública y la medicina preventiva y que se les convenza de la idea de que ellos son parte definitiva de esa responsabilidad que concierne a todos los médicos.

Ya hemos dicho que el curso en microbiología debe contener suficiente instrucción en inmunología para proveer la comprensión de los métodos preventivos que dependen de la inmunidad activa y pasiva. El curso principal en salud pública debe ser estudiado al mismo tiempo que el de parasitología. La materia debe ser presentada por los mejores profesores disponibles, que deben incluir no sólo aquellos profe-

sores de la escuela de medicina, sino a individuos competentes de los departamentos de salud pública nacional y departamentales.

El curso en salud pública debe incluir información acerca de las enfermedades que pueden ser prevenidas por el uso de medidas en gran escala. Es de gran importancia también que los profesores en las varias materias clínicas, acepten la responsabilidad de explicar los correspondientes aspectos de medicina preventiva en cada una de las enfermedades que discuten con los estudiantes.

Diagnóstico físico y anamnesis. Este curso debe ser enseñado por el profesorado del departamento de medicina con la asistencia de los otros departamentos clínicos. Se debe destinar mucho más tiempo que el empleado ahora, a ejercicios prácticos por los estudiantes en pequeños grupos, bajo supervisión directa de un miembro del profesorado. Estos ejercicios deben ser seguidos por conferencia, críticas. Luego de práctica en detalle de la percusión, auscultación, el uso de oftalmoscopio, exámenes neurológicos y otros similares, los estudiantes deben continuar tales prácticas en pacientes en las salas del hospital.

El examen físico y la anamnesis deben ser enseñados según los métodos ya mencionados. Ahora se enseñan en el curso denominado semiología, pero la misión no cree que un departamento separado de semiología sirva mejor los intereses de los estudiantes ni a los maestros.

Mecanismos mentales. Este curso, que es una introducción a la psiquiatría, se compone de conferencias las cuales deben ser complementadas por demostraciones clínicas en pacientes.

Cuarto Año.

Durante el cuarto año los estudiantes, deben ocupar su tiempo estudiando medicina, incluso psiquiatría, cirugía, pediatría, obstetricia y ginecología. Se debe utilizar un sistema de bloques en los cuales la clase debe ser dividida en cuatro grupos semejantes, cada grupo dedicado o tres meses, en rotación, a una materia especial. Tales especialidades como dermatología y medicina tropical deben ser incluidas e integradas en el bloque de medicina, mientras que tales especialidades quirúrgicas como ortopedia y otolaringología deben ser incluidas en el bloque de cirugía.

El estudiante debe ser admitido para emplear prácticamente todo su tiempo en el hospital. Su trabajo debe ser interrumpido raras veces para atender clases formales. Esto es de particular importancia

en aquellas escuelas en las cuales el edificio de enseñanza está a cierta distancia del hospital, con la consiguiente pérdida de tiempo para ir y venir.

El plan de la enseñanza debe ser tal, que se asignen solamente casos interesantes e ilustrativos a cada estudiante tantos como él pueda seguir razonablemente en detalle durante su período en cada servicio. Este método es mucho más efectivo que si se le asigna una cama a cada estudiante tal como se hace en la actualidad. El estudiante debe tener libre acceso a los pacientes, al laboratorio, a las instalaciones de rayos X y a la biblioteca. Debe exigírsele que estudie al paciente totalmente, que escriba su propio historial y que haga su propio examen físico y de laboratorio. Estos datos deben anotarse cuidadosamente, junto con observaciones del progreso de la enfermedad. Después que estos datos han sido criticados, y corregidos por el instructor, deben formar parte del récord permanente del paciente. El estudiante debe estudiar todos los roentgenogramas y todas las biopsias en cada caso. También debe leer extensamente sobre cada enfermedad que llegue a su cuidado, tanto en libros de texto como en revistas médicas. Cada día, instructores competentes deben reunirse en pequeños grupos con los estudiantes, y exigir que un estudiante o dos presenten sus respectivos casos y por medio de las preguntas y conferencias cubrir todos los aspectos de la enfermedad.

Como ya se ha mencionado, los estudiantes, durante sus años clínicos, deben atender todas las conferencias de patología clínica que les sea posibles.

Los miembros de la misión fueron informados durante repetidas ocasiones, que los estudiantes rehusan trabajar sin supervisión. El anterior programa implica tal supervisión. Es de esperar que los profesores de la facultad deben controlar estrictamente el trabajo de los estudiantes y no deben confiar por completo en los jefes de las clínicas de los hospitales. Existen dos factores adicionales que también estimularán al estudiante a un esfuerzo personal mayor. El primero es que tendrá que presentar su trabajo ante otros estudiantes y su orgullo evitará hacer una mala impresión ante ellos. El segundo factor es que el trabajo y buen ejemplo de los estudiantes del quinto y sexto año sirven de estímulo y de ejemplo a los estudiantes menos adelantados.

Anatomía aplicada y quirúrgica. La anatomía aplicada y quirúrgica se enseña semanalmente durante una o dos horas en el bloque de cirugía. Los estudiantes se reúnen en pequeños grupos para presentar el resultado de sus disecciones especiales en el cadáver, las cuales

han hecho durante el tiempo en que no han estado ocupados en la sala del hospital. Tales disecciones deben ser específicamente asignadas de manera que cada estudiante obtenga experiencia en todas las áreas del cuerpo, y cubra campos de la medicina interna, la obstetricia y otros, además del de cirugía. Estas presentaciones deben ser atendidas por profesores del departamento de anatomía y de los departamentos clínicos, los cuales examinarán y juzgarán el trabajo del estudiante.

Quinto y Sexto Años.

Los años quinto y sexto de la carrera médica deben ser integrados en una etapa final, en la cual los estudiantes dediquen todo su tiempo, desde temprano en la mañana hasta tarde en la noche en el hospital asociado a la escuela de medicina. Sería ideal si pudieran vivir en el hospital. La misión reconoce que esto no puede hacerse inmediatamente, pero recomienda que se tomen pasos para que se lleve a cabo esta medida tan pronto como sea posible. Mientras tanto deben proveerse facilidades para que los estudiantes puedan comer en el hospital, o cerca de él, de manera que se ausenten solamente para dormir en la noche.

El plan detallado aquí es diseñado no sólo para la educación de los estudiantes, sino por el bienestar de los pacientes. Debe ser, por tanto, efectuado inmediatamente, para corregir la espantosa e inexcusable situación en algunas salas de hospital, donde no hay nadie, prescando atención a los pacientes, desde el medio día de un día, hasta las 9 de la mañana del próximo día.

Los estudiantes del quinto y sexto años deben ser divididos cada año en cuatro grupos, cada uno de los cuales debe ser asignado a uno de los servicios principales del hospital. En general estos servicios son: medicina, cirugía, obstetricia, y ginecología; los servicios especiales deben considerarse parte de los servicios principales. Debe destinarse tiempo para vacaciones, pero éstas deben ser más cortas que al presente, de manera que se dedique más cuidado adecuado a los pacientes y que se permita al estudiante obtener tanto entrenamiento clínico como sea posible. Al finalizar cada trimestre del año escolar los grupos deben ser rotados.

El mismo sistema de distribución en bloques de los estudiantes debe llevarse a cabo durante el quinto y sexto años. Si esto se hace como se ha descrito durante el cuarto, quinto y sexto años, tres grupos

de estudiantes estarán asignados a cada servicio principal a través del año escolar. Como el conocimiento y experiencia de los estudiantes será variable al entrar a cada servicio, sus deberes y responsabilidades serán asignados de acuerdo con ello.

Séptimo Año.

El séptimo año, que corresponde a la sexta etapa de la educación del estudiante, consiste en un internado en un hospital bien organizado el cual debe ser reconocido como tal por una entidad acreditadora. El joven graduado debe emplear el año entero en el hospital y en las consultas externas. Debe rotar en todos los servicios según orden del director del hospital, pero de ser posible éstos no deben ser más de cuatro. En dos de estos cuatro se debe emplear por lo menos cuatro meses respectivamente.

Los internos nombrados en el hospital asociado a la escuela de medicina deben ser seleccionados cuidadosamente por los profesores de la facultad médica. Tanto su interés como su posibilidad de ser futuros maestros debe tomarse en consideración, junto con sus otros méritos y calificaciones. Estos jóvenes médicos pueden rendir servicios valiosísimos en la educación de los estudiantes durante los años clínicos, y deben servir de ejemplo por su integridad y laboriosidad.

El interno debe vivir en el hospital, y debe ser responsable en todo tiempo de todos los pacientes correspondientes a un número determinado de camas a su servicio, excepto cuando, al terminar su trabajo diario puede delegar responsabilidad en un compañero interno, por unas pocas horas, mientras descansa.

El interno debe ser responsable de anotar el historial y el examen físico en cada uno de sus casos. Debe escribir notas de progreso dependiendo de la condición del paciente. Debe ser responsable de la supervisión del trabajo de los estudiantes de cuarto y quinto año. Debe ordenar tales exámenes en los pacientes como sea necesarios, y debe llevar a efecto por sí mismo aquellas pruebas que él pueda hacer, y ayudar a los profesores en las más difíciles. Todo su trabajo debe ser aprobado y criticado por el staff del servicio y debe exigírsele que esté continuamente al tanto de todas las etapas de las enfermedades de sus pacientes, incluyendo no sólo los exámenes clínicos y de laboratorio sino también la información pertinente obtenida en la literatura médica.

Durante su año de internado el joven médico debe recibir un curso corto en salud pública, que dé énfasis al papel que el médico representará como funcionario de salud pública durante su año de medicatura rural.

III. ORGANIZACION DE LAS ESCUELAS COLOMBIANAS.

5.—Relaciones entre las Escuelas Médicas y los Hospitales de Enseñanza.

Durante sus años en medicina clínica, en los cuales el estudiante debe tener amplia oportunidad para estudiar pacientes, y aplicar a ellos los conocimientos obtenidos durante los cursos de ciencias básicas y otros cursos preparatorios, debe éste también tener facilidades de trabajar en un hospital bien organizado, preferiblemente controlado por la escuela de medicina de la cual es estudiante.

Esta situación ideal no existe en Colombia, donde los Hospitales disponibles para la enseñanza no son controlados por las escuelas médicas. Por el contrario, estos son controlados por una junta autónoma separada, la Beneficencia. La junta directiva de esta organización, que por ejemplo controla al Hospital de San Juan de Dios (el mayor hospital de enseñanza de la Universidad Nacional) en Bogotá, es un ejemplo, consiste de tres miembros, seleccionados por el presidente de la república, la secretaria de asistencia social del departamento, el Banco de la República, y las autoridades de la Iglesia Católica Romana en Colombia.

Los hospitales derivan sus entradas mayores de las loterías, suplementadas en algunos pocos por dotaciones privadas.

La situación existente es que las escuelas de medicina bajo el ministerio de educación, dependen de hospitales que operan bajo juntas completamente independientes, para entrenar sus estudiantes durante los años clínicos. Esto sería satisfactorio si hubiera un entendimiento completo entre las dos entidades, con relación a sus respectivas responsabilidades, pero como la misión observó, frecuentemente esto no es así. Continuamente se presentan problemas y conflictos que requieren solución, de responsabilidad económica, de privilegios relativos a la enseñanza y al tratamiento de los pacientes.

Algunos de los hospitales argumentan que las escuelas de medicina deben pagar los gastos de sus cuerpos médicos, y aún de los departamentos de patología y radiología y laboratorio clínico. Parece ha-

berse adelantado poco en la creación de programas de beneficio mutuo entre las dos entidades, debido a los intereses distintos existentes: la principal responsabilidad del hospital es el tratamiento de los pacientes, mientras que la responsabilidad de la escuela médica es el entrenamiento de los estudiantes y también el cuidado y tratamiento de los pacientes. Desgraciadamente, parece que se hubiera pasado por alto el hecho de que no existe mejor tratamiento para los pacientes que el ofrecido por los hospitales de enseñanza, y que todos los hospitales ganan cuando escuelas de medicina están afiliadas a ellos.

La misión ha visto hospitales en Colombia en los cuales el servicio ofrecido a los pacientes es extremadamente pobre y en los cuales la educación médica sufre por falta de comprensión de los propósitos ulteriores de tales instituciones. Además, todos los hospitales parecen no percatarse de ciertas responsabilidades, haya o no afiliación con las escuelas de medicina. Estas obligaciones incluyen, además de tratamiento médico básico y mantenimiento del hospital, el servicio de enfermeras, buen acondicionamiento para el Staff, servicio de sala de operaciones y mantenimiento de los laboratorios de patología y medicina clínica y del departamento de radiología. Estas son obligaciones del hospital que nunca deben asumirse por las escuelas de medicina. Los hospitales y las escuelas de medicina, aunque establecidas y controladas por entidades distintas, deben trabajar en armonía para llevar a cabo sus responsabilidades públicas, que son el entrenamiento de médicos y personal auxiliar y el tratamiento médico de pacientes. Tanto las escuelas como los hospitales serían beneficiados si asumieran estas responsabilidades.

Debe haber en cada hospital alguien que coordine y auperise todos los departamentos y que desarrolle buenas relaciones entre el hospital y la escuela de medicina afiliada. En ninguno de los hospitales en Colombia, con afiliación a una escuela de medicina, hay administradores entrenados de hospitales con dedicación total. En casi todos se siente agudamente la falta de tal persona.

Programas médicos post-graduados

El internado ya ha sido discutido, pero se debe repetir aquí que no existe como un programa bien desarrollado en los hospitales de Colombia. Algunos internos comienzan su servicio mientras completan trabajo en la escuela de medicina, otros, sirven parte del tiempo, y pocos hospitales son los que tienen un servicio de 24 horas para internos

que viven en el hospital. La misión entiende, sin embargo, que tanto un año de internado, como un año de servicio rural, son requisitos universitarias para el privilegio de la práctica de la medicina.

Estrictamente, no hay programa para entrenamiento post-graduado formal en ningún campo de la medicina al nivel del internado o por encima de él. Por lo tanto no hay cuerpo de residentes (que vivan en el hospital) en ninguno de los hospitales. Esta es una circunstancia poco afortunada, porque es imposible estudiar y seguir el curso de enfermedades en pacientes, en los primeros años del entrenamiento médico a menos que uno no esté con ellos constantemente, día y noche.

En Colombia aquel miembro del cuerpo de médicos conocido como el Jefe de Clínica, es el que más se acerca al tipo de estudiante post-graduado tal como lo considera la misión, excepto que trabaja solo algunas horas cada día en el hospital, dedicando el resto de su tiempo a la práctica privada, y por lo tanto recibe ocasional instrucción de sus superiores médicos en el hospital.

En Colombia se nota gran necesidad para un programa de entrenamiento post-graduado para residentes en todos los campos de la medicina, puesto que hay gran necesidad de especialistas bien entrenados en muchos campos y además este es el mejor método para desarrollar buenos maestros de medicina para el futuro. Si un joven dedica varios años sin interrupción, en un hospital, aprendiendo su especialidad, bajo supervisión de sus superiores y es experto para trabajar con ellos y saca provecho de su ejemplo y de sus consejos, está en buen camino para convertirse en un médico excelente. Además, puesto que será responsable de la supervisión e instrucción de estudiantes, médicos internos, y enfermeras, es posible que desarrolle el interés y las cualidades de un profesor.

Después de completar el año de internado, cierto grupo de jóvenes médicos debe ser seleccionado cada año, no por concurso, sino por sus cualidades personales, su récord anterior y su futuro para servir como residentes. Ellos deben ser seleccionados por los cuerpos (Staff) médicos de las distintas especialidades que ellos deseen aprender, tales como cirugía general, medicina interna, ortopedia y otras especialidades. Cada año deben seleccionarse aquellos que quieran seguir adelante, de manera que haya residentes que tengan servido uno, dos y tres años. Ellos deben vivir en el hospital de dos a cuatro años, y deben estar bajo la supervisión de verdaderos especialistas en los varios campos que deseen seguir. Deben recibir un pequeño salario, y los

gastos de cuarto y comida en el hospital tal como se hace con las enfermeras.

Dondequiera que el sistema de residentes ha sido instituído, el hospital ha sido beneficiado, tanto los estudiantes como los internos, también son beneficiados, porque el residente es, en cierta forma, el primer instructor en un hospital. El trabaja con ellos continuamente, mientras que los profesores más superiores pueden trabajar con ellos siempre sólo por pocas horas en el hospital. Los pacientes en hospitales con médicos residentes reciben mejor tratamiento. Estos residentes están en guardia continua para dar servicio o llamar los médicos de más experiencia, cuando esto es necesario. Por último, con este sistema se producen especialistas bien entrenados quienes a su vez pueden entrenar a otros.

Se recomienda que el siguiente programa sea substituído por el que actualmente existe en los hospitales de enseñanza en Colombia:

1.—Un comité compuesto de representantes de los hospitales y de las escuelas médicas debe reunirse a discutir sus responsabilidades en común. Esta junta debe tener la autoridad de trazar normas y formular planes, de manera que tanto el tratamiento de pacientes, como la educación de los estudiantes médicos, pueda llevarse a cabo sin conflicto. Para realizar esto se requiere un comité consciente de los problemas y responsabilidades de las escuelas y de los hospitales, que resuelva todos los conflictos pensando en los fines esenciales de cada una de las partes interesadas.

2.—Los cuerpos (Staffs) médicos de los hospitales de enseñanza manejados por la Beneficencia deben limitarse a miembros del profesorado de la facultad de Medicina. Miembros con dedicación total deben ser pagados por las facultades médicas. Profesores con dedicación parcial, en cualquier rango, que tiene práctica médica privada, y que son también miembros del Staff, deben servir en ambas capacidades sin recibir salario. Debe ser un honor y un privilegio enseñar en una escuela de medicina y la mayoría de los hombres que alcanzan alto rango en ellas tienen prácticas médicas lucrativas, y pueden dejar de recibir el pequeño estipendio correspondiente. Además, si estos hombres pueden ver sus pacientes privados en los mismos hospitales en los cuales enseñan, sus deberes de enseñanza requieren poco esfuerzo adicional.

La situación es algo diferente tratándose de hombres jóvenes con dedicación parcial, en los campos clínicos. Si ellos dedican una considerable parte de su tiempo a la enseñanza, es una buena norma ofre-

cerles respaldo económico. A la par que sus prácticas privadas aumenten, el estipendio debe disminuir, de manera que, eventualmente deban servir a la escuela y al hospital sin remuneración alguna.

3.—En la actualidad, algunos hospitales de enseñanza en Colombia tienen camas para enfermos privados. La misión recomienda que esta norma sea ampliada. Esto trae dinero al hospital y permite a los profesores clínicos más tiempo en el hospital, mejorando así el servicio rendido a los pacientes insolventes y a los estudiantes.

4.—La misión recomienda además que un administrador con dedicación total, sea empleado por cada hospital de enseñanza. Un hombre bien entrenado conoce las obligaciones y responsabilidades de un hospital y las de una escuela de medicina y comprende que éstas no deben estar en conflicto. Debe apreciar los grandes beneficios que son derivados por un hospital afiliado a una escuela de medicina y que posee un servicio de residentes bajo entrenamiento. Mientras tanto no se consigan estos administradores, el servicio médico y la educación médica, en la fase hospitalaria, no progresará mucho. Es por lo tanto imperativo que administradores de esta índole sean conseguidos tan pronto como sea posible.

5.—La misión recomienda que se desarrolle un programa de entrenamiento post-graduado en los hospitales de enseñanza, incluyendo los programas de internado y residencia discutidos en los párrafos anteriores.

IV. RELACIONES ENTRE LAS ESCUELAS MEDICAS EN COLOMBIA.

Dondequiera que se han formado organizaciones nacionales de escuelas médicas, esto ha sido ventajoso a las escuelas. Algunas reuniones entre escuelas médicas han sido aparentemente efectuadas en Colombia, pero no existe una sociedad bien organizada de las facultades de medicina.

La misión cree que tal organización de facultades médicas debe ser creada, y que deben postularse ciertas normas claras basadas en el estudio de las necesidades educacionales del país.

Las escuelas médicas de Colombia siguen en lo administrativo la organización de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y su pènsum se basa en el de aquella, por lo menos en lo relativo a contenido general. Por lo tanto, no se estimula la individualidad en la enseñanza ni en la experimentación básica. La organización que propo-

nemos trazaría normas razonables para todas las escuelas médicas, e insistiría en cierta uniformidad básica para métodos de enseñanza y para el contenido de los pénsumes. Además de esto, habría estímulo para la experimentación, evaluándose los métodos por medio de la misma organización.

Tal organización trazaría normas uniformes para la admisión de estudiantes a la escuela de medicina y para la transferencia de estudiantes de una escuela a otra. Una vez que estas normas hubiesen sido establecidas, habría que adherir estrictamente a ellas.

La organización asumiría como uno de sus deberes fundamentales la supervisión de los internados. Esto requeriría la evaluación relativa de los hospitales de enseñanza, quizá con la ayuda del Ministro de Salud Pública y con la aprobación de aquellos considerados adecuados para la enseñanza. Lo ideal sería aquellos hospitales actualmente afiliados con las escuelas de medicina, debían establecer este criterio, aunque en la actualidad, esto sería posible en solo algunos pocos. La misión comprende que hay otros hospitales en el país, particularmente hospitales privados, los cuales muy bien podrían ser aprobados para internados y en los cuales los jóvenes graduados recibirían buena supervisión y ejemplo. La cuestión de acreditar hospitales es una materia muy complicada para discutirla en detalle aquí, pero sugiere que las técnicas empleadas por las corporaciones acreditadoras de hospitales en otros países, sean investigadas y seguidas. Hay información inmediatamente disponible en esta materia.

La organización debe asumir la responsabilidad de acreditar las nuevas escuelas de medicina y decidir la necesidad para su establecimiento. Algunas escuelas nuevas han sido establecidas en Colombia durante los últimos años y es difícil decidir desde el punto de vista nacional, si había verdadera necesidad para su creación. Algunas de estas escuelas ya confrontan dificultades económicas, dificultades en obtener equipo y espacio y en obtener un cuerpo de profesores. Es muy posible que un estudio concienzudo por una organización educacional nacional, determine si estas escuelas son o no necesarias y ayude a su progreso con un soporte adecuado financiero.

En un país en el cual las escuelas de medicina son sufragadas principalmente por el erario público, una organización de estas escuelas podría presentar un frente unido al gobierno, en su petición por fondos y podría obtener sin duda una distribución más equitativa de los fondos nacionales.

Esta organización ayudaría a resolver el problema de la falta de maestros, el cual es agudo en las escuelas de medicina a pesar de la importación de maestros de otros países y de enviar algunos médicos colombianos al exterior para entrenamiento especial. Un estudio de las escuelas al nivel de esta organización, permitiría la determinación de cuáles departamentos, en cuáles escuelas están equipados para entrenar hombres en las distintas ramas de la enseñanza. Un estudio de esta índole evitaría la reduplicación y permitiría la conjunción de facilidades y la selección de ciertas escuelas para el entrenamiento, en algunos campos, y otras escuelas en otros.

En este mismo sentido la organización nacional estimularía el intercambio de profesores entre escuelas, cuando este intercambio fuese práctico. Este es un excelente método para evitar provincialismos entre las facultades.

Un objetivo futuro sería una reunión conjunta entre la organización colombiana de las escuelas de medicina y otras organizaciones similares en otros países, para discutir los problemas siempre variables y siempre discutidos de la educación médica y que constituyen un interés en común en todos los países.

A la luz de estos hechos, la misión por lo tanto recomienda la organización de una asociación permanente de las facultades de medicina en Colombia con los siguientes principales objetivos: 1) el establecimiento de normas educacionales, 2) evaluación y acreditación de escuelas médicas y 3) evaluación y acreditación de hospitales, con la cooperación del Ministerio de Salud Pública.

V. REGISTRO Y LICENCIATURA DE MEDICOS

Es la opinión general que hay falta de médicos en Colombia. No es posible, sin embargo, establecer este hecho. Los datos estadísticos más recientes suministrados por el Ministro de Salud Pública, fueron compilados para 1951 y no son completos. Es difícil, por tanto, determinar cuantos médicos hay en la actualidad en el país, puesto que se requiere registrarse solamente una vez después de la graduación.

Registro.

El sistema de registro y licenciatura es irregular. No se exige reválida nacional para la práctica de la medicina. Hay una regulación que ordena que cada estudiante médico debe presentar una tesis, la

cual debe ser aprobada por la escuela, antes de que reciba su diploma del Ministerio de Salud Pública; pero la misión fue informada que a veces pasan muchos años sin que se escriban estas tesis y quizás nunca se escriben. Por esto es muy posible que muchos individuos practican sin llevar a cabo la formalidad del registro. La misión no fue bien impresionada por la idea del reglamento requiriendo la presentación de una tesis para la graduación y desearía saber cuántas personas practican sin ser debidamente registradas por no haber llenado este requisito, o que no han sido registradas por otras razones.

Los diplomas de todas las escuelas son aceptados para registro, permitiendo a los graduados practicar la medicina, aunque es de conocimiento general que algunas de las escuelas no se ajustan con el criterio mínimo establecido en algunas partes. La misión fue informada que algunos de los estudiantes colombianos que salen al extranjero a estudiar medicina, atienden escuelas de reconocida inferioridad, pero los diplomas de tales escuelas son aceptados por el Ministerio de Salud Pública y a tales graduados les es permitido la práctica de la medicina.

Cuando un médico presenta su diploma para registro, este simple registro basta para toda su vida profesional. Aparentemente no hay mecanismos para eliminar de los libros del ministerio de salud pública, los nombres de aquellos médicos que mueren o que ya no practican. La misión fue informada que muchos graduados se dedican a otros campos de actividad después de salir de la escuela. No hay registro de los médicos que cambian de residencia de un departamento a otro, y tampoco hay forma de determinar la edad de los médicos en la nación. Esto último es una omisión seria puesto que muchos de los médicos más viejos limitan su práctica, o no practican.

Es, por lo tanto, enteramente posible que el número de médicos en Colombia sea inadecuado para las necesidades del país, pero mientras no haya un registro exacto y al día, la situación no podrá ser determinada.

Los Estados Unidos de América cuentan con una población de cerca de 150,000.000 y son cerca de 6,000 los graduados por sus escuelas médicas cada año. Teniendo en cuenta que los Estados Unidos tienen suficiente número de médicos para su población, parece ser que, sin considerar lo médicos extranjeros que entran a la nación anualmente, las escuelas de Colombia no gradúan suficientes estudiantes cada año para proveer el número necesario que supla el aumento en la población y la reducción de la población médica por causas varias.

Basándose en estos datos crudos, la misión no sugiere la creación de nuevas escuelas de medicina para el proveimiento del supuesto déficit de médicos. Por el contrario, cree que con la adecuada selección de estudiantes, que reduciría los fracasos en los estudios a un mínimo, las escuelas actuales podrían graduar de 640 a 480 estudiantes anualmente, en lugar de los 175 que aproximadamente están graduando. La misión cree además que sería un error serio establecer otras escuelas hasta tanto las que están operando actualmente no sean estabilizadas y provistas de un profesorado adecuado y hasta que una junta nacional evalúe las verdaderas necesidades de la población colombiana para servicios médicos.

Distribución de médicos.

La distribución de los servicios médicos en Colombia es desigual, tal como lo es en todos los demás países, puesto que los médicos tienen la tendencia a gravitar hacia los centros poblados. Si la población total y el número de médicos que viven en las 10 o 12 principales ciudades en Colombia se supiera, podría verse que el número sería suficiente para proveer buenos servicios médicos en ellas. Es bien sabido que algunas de las comunidades más pequeñas y aisladas no hay servicios médicos, excepto los provistos por el sistema en el cual los graduados de último año se envían por el ministerio de salud pública a las áreas rurales, bajo los auspicios del ministerio. Hasta tanto que el registro de médicos sea posible en todos los departamentos, no se pueden dar opiniones definitivas con relación a ninguno de estos puntos.

Hay muchas buenas razones por las cuales los médicos desean practicar en áreas urbanas. Una de ellas es el deseo puramente personal de vivir en mejores condiciones y de ofrecer oportunidades sociales y educacionales mejores a ellos y sus familias. Otra es el deseo del médico moderno de tener las mejores oportunidades para practicar, incluyendo tales servicios auxiliares como facilidades de diagnóstico en su consultorio, asistencia de técnicos y enfermeras y colegas para la consulta. En resumen, el médico quiere practicar buena medicina y esto no lo puede hacer en regiones aisladas donde estos servicios no son disponibles. Esta es una de las razones, según pudo determinar la misión, por la cual muy pocos de los recientes graduados que tienen que servir un año en las regiones rurales permanecen allí definitivamente. Algunos informes también indicaron que en ciertas localidades era difícil ganar suficiente para vivir.

Es imposible claramente, aunque deseable, forzar a un médico o a cualquier persona a vivir indefinidamente en un sitio en contra de su voluntad. Además, la calidad de medicina verdaderamente óptima no puede ser practicada por médico aislado sin ayuda de otras personas y de servicios médicos auxiliares. Otra solución debe ser encontrada para proveer tratamiento médico en las áreas rurales.

La solución al problema comenzaría con un programa de salud pública universal, para controlar la mayoría de las enfermedades controlables. Esto en sí mejoraría la salud de la comunidad más que cualquier otro método aislado. Entonces debía haber un análisis de los servicios médicos disponibles en cada departamento, con la idea de desarrollarlos en lo posible. Por último se debe proveer transportación a los enfermos, por ambulancia en casos de emergencia, de manera que éstos puedan venir a los centros médicos para tratamiento. Este plan no es impracticable. Servicio médico de excelente calidad está siendo rendido por estos medios en otros países.

Recomendaciones.

Es la opinión de la misión que se debe ejercer algún control por el ministerio de salud pública sobre los médicos que deseen practicar en Colombia. Se recomienda por lo tanto:

1.—Que un examen de reválida nacional sea necesario para dar licencia a practicar la medicina en la nación.

2.—Deben proveerse medios legales para evitar la práctica ilegal o contraria a la ética médica.

3.—Cada médico debe ser requerido a que registre su nombre anualmente, en su departamento y que pague una cuota por el registro.

4.—Deben desarrollarse mejores métodos estadísticos para mantener un récord al día, de todos los médicos, en el ministerio de salud pública.

5.—Los servicios de salud pública deben ser desarrollados más intensamente.

6.—Servicios médicos centralizados, de alta calidad, deben ser desarrollados en ciertos puntos estratégicos, al través de la nación, con métodos de transportación para aquellos pacientes del área periférica.

VI. ORGANIZACION DE LA PROFESION MEDICA.

La misión quedó impresionada por la falta de interés de parte de muchos médicos con quienes estuvo en contacto, en una organización profesional seria. La misión fue informada que tal organización existe, con bastantes miembros, pero que no es fácil determinar sus objetivos. Reuniones generales son raramente llevadas a cabo, y solamente los delegados de varios departamentos se reúnen anualmente. Se publica una revista, pero ésta demuestra poco interés en tales problemas médicos de importancia tales como educación, mejoría de los hospitales y del servicio hospitalario, un control estadístico al día de los médicos en la nación y otras materias que no sólo son de interés sino de vital importancia en el proveimiento y en la elevación de mejores y completos servicios médicos.

La reacción de la misión a esta falta de interés en una organización nacional de médicos es probablemente debido al hecho que en los Estados Unidos la medicina organizada ha tenido gran importancia en la educación médica; lo mismo, es cierto, en Inglaterra. En ambos países las organizaciones médicas nacionales (Asociación Médica Americana y Asociación Médica Británica) siempre han tenido vital interés en la educación médica. La evidente mejoría en la práctica de la medicina en ambos países durante los últimos 50 años puede explicarse en gran parte por este interés. En los Estados Unidos la medicina organizada se originó con la idea de mejorar la educación médica, y la Asociación Médica Americana tuvo mucho que ver con la clausura de muchas escuelas inferiores que dejaron de existir hace casi 50 años. La asociación ha continuado el estudio de las escuelas médicas durante el desarrollo de éstas y además aquellas nuevas que han sido recientemente fundadas, y ha asumido la responsabilidad, junto con la Asociación de Colegios Médicos Americanos, de la acreditación de las escuelas y del progreso general de la educación médica. La medicina organizada tiene otras funciones importantes, pero para el objeto de este informe la misión sólo desea recalcar su papel en el mejoramiento de la educación médica.

Los médicos de un país naturalmente desearían que solamente graduados conscientes y bien entrenados salieran de sus escuelas médicas, puesto que ellos van a ser sus colegas. Por lo tanto deben usar su influencia para que las escuelas médicas mantengan un alto nivel, para que estén adecuadamente financiadas por el gobierno y por fuentes privadas y para que estén libres en la escogencia de los mejores estu-

diantes disponibles para la admisión, en un número tal que esté de acuerdo con las facilidades de la escuela y que no tengan que aceptar estudiantes mal preparados. Estos objetivos pueden ser logrados mejor a través de una fuerte organización nacional de médicos que haga la educación médica uno de sus objetivos primordiales. A menos que tal organización asuma esta responsabilidad, el gobierno se verá forzado a tomarla por exigencia del público que pide mejores servicios médicos, y el resultado será el establecimiento de controles innecesarios e indeseables a la práctica de la medicina.

La misión por lo tanto recomienda que los médicos de Colombia organicen una fuerte asociación nacional con los siguientes objetivos: (1) Desarrollar programas de interés general tal, que la mayoría de los médicos deseen pertenecer; (2) Diseminar conocimientos médicos en la profesión por medio de reuniones nacionales de excelente calidad y por la publicación de revistas; (3) Mejorar el servicio médico al público mejorando los hospitales, los programas de sanidad y, lo más importante, la educación médica; (4) Interesarse en la creación de una información estadística nacional completa relativa a los servicios médicos, hospitalarios y escolares.

VII. RECOMENDACIONES RELACIONADAS

7. Planificación de edificios.

El diseño y planificación de edificios para la educación médica es de extremada importancia. Las necesidades de las escuelas y sus hospitales afiliados tienen muchos puntos de contacto. La efectividad de profesores, ayudantes y estudiantes, es influenciada por la localización general y el arreglo específico de los edificios en los cuales ellos trabajan y por el equipo disponible. La construcción de edificios requiere grandes gastos de tiempo y materiales, pues es de esperarse que continúen en servicio activo por décadas y posiblemente por centurias.

Edificios.

Desgraciadamente hay abundante evidencia de que el diseño y planificación de las escuelas médicas en Colombia han sido sobre bases improvisadas, o hecho por personas con pocos conocimientos reales de las necesidades arquitecturales de la educación médica y de los hospitales de enseñanza. No sorprende que arquitectos y constructores

competentes en otros campos, pero sin experiencia en contrucciones médicas, hagan errores cuando se les llama a construir hospitales y escuelas. En el mundo entero sólo hay algunos cientos de escuelas médicas y de hospitales de enseñanza, porque sus funciones complejas y especializadas no pueden llevarse a cabo en los edificios diseñados ordinariamente.

Un estudio de las escuelas médicas en Colombia reveló los siguientes hechos:

La única que procuró en buscar un consejo experto en el campo médico arquitectural fue la Universidad Nacional, que trajo los planos de su nuevo edificio a New York para ser sometidos a estudio por la Fundación Rockefeller. Este fue un buen paso, pero no fue suficiente. Los hombres consultados tenían grandes conocimientos en este campo, pero no tenían la oportunidad de hacer un estudio concienzudo de las condiciones en Bogotá, para determinar las posibles futuras relaciones entre la escuela médica y su principal hospital de enseñanza, o aún para dar numerosas ideas en el asunto. Como resultado, la Universidad Nacional ha construído una ala de edificios para el cual fue designada, pero que a pesar del espacio sobrante, no provee lugar para trabajo investigativo en ese departamento. Además, el espacio provisto para la biblioteca en el nuevo edificio es solamente la tercera parte del que se necesitará en los próximos años. El edificio es muy grande pero casi no se ha hecho provisión a ninguna parte para el trabajo investigativo; ya se está pensando seriamente en otro edificio para un instituto de biología experimental. El hospital de enseñanza está completando un nuevo y costoso edificio que provee poco para su fundación docente. Finalmente, y quizá el error más importante de todos, es que ambos nuevos edificios, la escuela y el hospital, que debían estar en íntimo contacto uno con otro, están localizados en diferentes partes de la ciudad.

En la Javeriana el nuevo edificio universitario y el nuevo hospital bajo construcción al menos están físicamente cerca. Las enormes edificaciones para la anatomía, sin embargo, están en el lado opuesto del hospital, lejos del resto de la escuela médica. Se ha dado poca atención al tránsito de estudiantes y maestros entre los salones de clases, laboratorios, y salas de hospital y ni los edificios ni los planos tienen provisiones para trabajo investigatvio.

En Cali, el enorme nuevo hospital bajo construcción, fue planeado y comenzado sin considerar la función de enseñanza. Este error ha sido parcialmente corregido, planeando el edificio de la escuela médi-

ca en un sitio cercano. Desgraciadamente este edificio está situado cerca de 90 metros más alto en una colina. En el departamento de anatomía, solamente, habría espacio para todas las ciencias básicas, pero el espacio de biblioteca, es menos de la tercera parte del que pronto se necesitará. Hay planes para un edificio separado para el instituto de microbiología y el instituto del cáncer. Aunque los planes actuales son solamente para la terminación de la tercera parte del edificio bajo construcción, parece que el espacio de esta parte sería suficiente para la escuela de medicina con todas sus funciones, el hospital y los institutos.

En Popayán la mayor parte de la escuela médica está en un edificio viejo pero adecuado. El plan sin embargo, es abandonar este edificio y construir una escuela médica cerca del hospital. Este plan en efecto ya se está llevando a cabo: el departamento de anatomía ya está en una estructura mal planeada en general, en las cercanías del hospital, pero separada de éste por dos o 300 metros de campo abierto. Una nueva adición al hospital está siendo construida la cual probablemente doblará la capacidad del hospital, pero hay poca evidencia de que haya verdadera necesidad para este ensanche y la nueva ala tiene escasas provisiones para sus funciones de enseñanza y para la vivienda de internos y residentes.

En Manizales se está completando en un lugar pintoresco, un nuevo edificio universitario que alojará la escuela de medicina. En el mismo lote, sin embargo, pero separadas de este edificio, hay otras dos construcciones, una será dedicada a química y la otra a física. La escuela médica por lo tanto estará dividida físicamente. Además, el único hospital que se puede usar para la enseñanza está por lo menos a un kilómetro de distancia, mientras que el nuevo hospital bajo construcción está aún más lejos y no se ha planeado para sus funciones educativas.

En Cartagena la escuela de medicina está alojada en el mismo antiguo edificio que el resto de la universidad. Este edificio, excepto por faltarle provisiones para trabajo investigativo, se presta bastante bien para la enseñanza, pero es todavía inadecuado. El hospital, a cierta distancia de la escuela de medicina, es un edificio tan antiguo y tan malamente diseñado, que no sería posible nunca llenar los requisitos mínimos sanitarios necesarios en un clima salubre, mucho menos provee seguridad razonable en el clima de Cartagena. No se acerca ni remotamente a la efectividad necesaria de un hospital de enseñanza. Es claramente aparente que la única esperanza razonable para esta es-

cuela está en la adquisición de un moderno y efectivo edificio para la escuela médica y el hospital de enseñanza, con el fortalecimiento consiguiente de la facultad.

En Medellín la situación es mejor aunque hay sólo evidencia ocasional de que los planes fueron hechos cuidadosamente y por expertos. El edificio de la escuela, completado hace algunos años es bastante adecuado. Las edificaciones para la anatomía sin embargo, aunque amplias, están mal diseñadas, porque el trabajo de este departamento es grandemente estorbado. El hospital de enseñanza queda cerca, y en general es adecuado, aunque su diseño, es de muchos edificios de uno o dos pisos sin elevadores, y con muchas funciones no centralizadas, aumenta el costo y lo hace ineficiente. Los laboratorios clínicos, desgraciadamente no están descentralizados lo que hace difícil a los estudiantes hacer su propio trabajo de laboratorio bajo la supervisión de los miembros de la facultad.

La naturaleza de este estudio y el tiempo y espacio disponibles para este informe, no justifica el que se hagan recomendaciones específicas para la corrección de los defectos anotados. La misión recomienda, sin embargo, que cada una de las escuelas médicas piense seriamente el diseño y el planeamiento de las edificaciones y que antes de comenzar ninguna construcción se obtenga la consulta y el consejo de arquitectos con verdadero conocimiento y experiencia en las necesidades de las escuelas médicas y sus hospitales auxiliares. A estos arquitectos se les deben dar oportunidades para estudios largos y cuidadosos en la localidad. Deben hacer visitas repetidas y por medio de estos estudios, visitas y correspondencia, su experiencia y sabiduría puede ser utilizada mientras las escuelas se desarrollan.

VII. RECOMENDACIONES RELACIONADAS.

2. PLANIFICACION NACIONAL PARA LA EDUCACION MEDICA

De las siete escuelas médicas que actúan en Colombia, cuatro han sido inauguradas desde 1941. Seis de las siete dependen grandemente, en lo económico, de los gobiernos nacional y departamentales. Todas siete tienen que reclutar su personal docente del pequeños grupo de maestros competentes, interesados y bien preparados, en el país. Similarmente todas siete reclutan sus estudiantes del pequeño grupo de estudiantes bien preparados en las escuelas secundarias.

Es obvio que para llenar estas necesidades, debe planearse cui-

dadosa e inteligentemente sobre base nacional. La educación médica es una de las formas de educación más costosas. Los hospitales de enseñanza también son costosos, porque el servicio rendido por ellos tiene que ser de gran calidad. En cada caso el gasto de tiempo, dinero y energías es justificado solamente si se utiliza propiamente. Si así se hace, a la larga, esto paga ricos dividendos a toda la nación.

Toda la evidencia disponible a la misión señala el hecho de que cada una de las tres escuelas médicas más recientes fue comenzada por el interés activo y desinteresado de individuos o grupos en las ciudades donde estas escuelas están localizadas. Cada una de estas escuelas está empeñada en la actualidad en un programa activo de construcción. Cada una de ellas tiene un presupuesto que será inadecuado cuando la escuela esté operando a capacidad total para una carrera de seis años. Una de las viejas escuelas también está en el proceso de construir un gran edificio nuevo que necesitará gran cantidad de equipo.

La escuela en Cartagena necesitará gran cantidad de respaldo económico para la construcción del hospital y del edificio de la escuela y un presupuesto correspondientemente grande, si es que ha de desarrollarse en forma de dar crédito a la ciudad y a la nación. Los prospectos para la nueva escuela en Cali parecen brillantes, pero debe completar su programa de construcción, adquirir mucho equipo adicional y obtener un presupuesto cerca de tres veces más grande que el presente, antes de que pueda funcionar a capacidad. La nueva escuela en Manizales está en un período más primitivo de desarrollo. Necesitará considerables cantidades de dinero para equipo y un presupuesto mucho mayor que el que tiene ahora. Tiene la desventaja de que no cuenta con el respaldo de la mayoría de la profesión médica local y no puede esperar reclutar su profesorado clínico entre ellos. La nueva escuela en Popayán planea un programa de construcción extenso, que será muy costoso. Todavía le falta por completar su cuerpo de instructores clínicos y no puede conseguir su propio Staff del pequeño número de médicos en la ciudad. Tanto la escuela en Medellín como la Universidad Nacional tienen necesidades económicas no cubiertas y que corresponden a necesidades importantes, o relativamente importantes.

La misión no está en posición de estimar cuán lejos irá Colombia en el respaldo económico de la educación médica. Este es un asunto urgente, que requiere la consideración seria de funcionarios responsables. Es muy lamentable el hecho de que las escuelas médicas se han desarrollado hasta la fecha sin planificación cuidadosa al nivel nacional. Si el gobierno de Colombia no puede o no desea proveer respal-

do económico a todas estas escuelas de manera que desarrollen programas de alta calidad, esta decisión debe hacerse pronto de manera que algunas de las escuelas sean eliminadas y los fondos disponibles sean destinados a las otras.

Al hacer esta decisión ha de tenerse en mente que una escuela de medicina inadecuada, con reconocimiento oficial, no sólo es una institución dispendiosa, porque no provee la calidad necesaria de educación médica, sino que es altamente perjudicial al bienestar general, porque el público no está en posición de percatarse del mal entrenamiento y de la imperfección general de sus graduados, antes de que el daño haya sido hecho.

La misión por lo tanto recomienda, que el gobierno nacional evalúe prontamente las necesidades económicas de cada una de las escuelas actuales sobre la base de su desarrollo total, que llegue a decisiones firmes en cuanto a si se puede o nó sostenerlas y que dé los pasos necesarios para que este respaldo se provea en forma de apropiaciones estables y regulares. Es imperativo que el respaldo económico sea en forma de apropiaciones regulares y no por el método improvisado de obtener subvenciones temporales, a través de la amistad de algunos individuos en el gobierno.

En la opinión de la misión sería del mejor interés para Colombia a la larga, sostener adecuadamente estas escuelas, aunque esto signifique menos subvención para otras funciones del gobierno, o que haya que conseguir respaldo de los gobiernos departamentales y de otras fuentes. El desarrollo de estas escuelas en su capacidad total hará mucho para mejorar la calidad de medicina en las ciudades donde están localizadas. La necesidad de más médicos bien educados es tan grande, que deben indudablemente encontrarse métodos para sostener el aumento del número de graduados. Hay, sin embargo, considerable diferencia como ya se esbozó, en la cantidad de respaldo económico que las varias escuelas requieren; y en los fondos que deben ser destinados en ese sentido. Si no se puede conseguir la cantidad de respaldo económico, relativamente grande, que todas estas escuelas necesitan, entonces las escuelas más difíciles de elevar al nivel adecuado, deben ser sacrificadas en beneficio de las restantes.

El número de estudiantes interesado en la carrera de medicina es probablemente suficiente para llenar los cupos estudiantiles en todas estas escuelas, aunque como ya se ha mencionado, se necesitará muchos esfuerzos en preparar a todos porque excepto una pequeña minoría, de los graduados de las escuelas secundarias, llegarán prepa-

rados adecuadamente. El número de maestros interesados, competentes y bien entrenados, disponibles en Colombia, es también inadecuado y lo será en años por venir, y por algún tiempo será necesario importar maestros de otros países. Esto es un recurso necesario que añadirá costo al funcionamiento de las escuelas.

VII. RECOMENDACIONES RELACIONADAS.

3. MEJORIAS DE LOS SERVICIOS AUXILIARES A LA MEDICINA

En la sociedad moderna un hospital bien equipado y propiamente manejado es uno de los medios más efectivos para mejorar el bienestar general, por medio de la rápida curación de muchas enfermedades que antes eran fatales y prolongadas, la rápida corrección de muchas lesiones que antes eran fatales o producían defectos permanentes y la cura y prevención de muchas enfermedades contagiosas que antes eran serias y prevalentes. Ciertamente se puede decir que gran parte de la efectividad de la medicina moderna se debe al desarrollo de los hospitales modernos.

Los hospitales, como la medicina misma, no han sido siempre efectivos. Hace alrededor de 80 a 100 años los hospitales del mundo entero eran poco más que posadas para los enfermos. Aquellos pacientes que eran muy pobres recibían comida y cuarto y eran atendidos por personas piadosas pero ignorantes, mientras su enfermedad corría su curso natural. Los médicos visitaban los hospitales ocasionalmente pero poco podían hacer por los pacientes y los medicamentos prescritos eran por lo regular inefectivos y a veces dañinos. Muchas enfermedades se propagaban de paciente a paciente y aunque algunos curaban, muchos morían.

La gran mejoría en los hospitales ocurrió a la par con los avances en los conocimientos de las enfermedades, la mejor educación de los médicos y principalmente con el desarrollo de un cuerpo competente de ayudantes hospitalarios, incluyendo enfermeras, técnicos, dietistas, asistentes sociales y empleados administrativos bien entrenados.

Las escuelas médicas y sus hospitales de enseñanza tienen una doble obligación de mejorar todos los servicios que un hospital debe prestar. Deben hacer el servicio a los pacientes tan bueno como humanamente sea posible, de manera que el hospital de enseñanza, en lo relativo a calidad, debe servir de modelo y ejemplo para todos los otros hospitales de la comunidad. Además, debe proveer aquellas condicio-

nes ideales para cuando el estudiante tenga el primer contacto con sus pacientes y para el adecuado entrenamiento de internos y residentes.

Estos son los fines que todos los hospitales de enseñanza deben tratar de alcanzar. Un estudio de estas instituciones en Colombia demuestra que estos hospitales varían entre excelentes, cuya efectividad es comparable a los mejores en cualquier país, e instituciones poco más que aquellas posadas que sólo daban abrigo a los pacientes hace 100 años.

La misión recomienda que se hagan esfuerzos enérgicos para mejorar la calidad del servicio rendido en todos los hospitales de enseñanza y que estas mejorías vengan como consecuencia de mejorías en los métodos de entrenamiento necesarios en otros campos.

En años recientes se ha dado énfasis al entrenamiento de enfermeras en varias instituciones en Colombia. El número entrenado es aún pequeño pero ya se nota la mejoría en los hospitales donde trabajan aquellas que han terminado tal entrenamiento. La misión cree que la influencia de estas enfermeras bien entrenadas puede ser extremadamente beneficiosa. Se recomienda que se redoblen los esfuerzos en este campo y que con el tiempo sean creadas escuelas adicionales para el entrenamiento de enfermeras. Los hospitales de enseñanza deben comprender la importancia de estos programas para su propia eficiencia y deben estimularlos por medio de la creación de puestos dentro del hospital que sean suficientemente atractivos tanto en la calidad del trabajo como en la remuneración, de manera de atraer numerosas jóvenes bien educadas y competentes.

El entrenamiento de técnicos de laboratorio está siendo efectuado, al presente, en varios hospitales. La misión recomienda que estos programas sean continuados y mejorados y que otros hospitales reconozcan la necesidad de que haya gran número de técnicos bien entrenados, para que establezcan sus propios programas.

La misión no pudo encontrar evidencia de programas para el entrenamiento de dietistas y empleados administrativos en Colombia. Las necesidades dietéticas en todos los pacientes hospitalizados son extremadamente complejas y variadas. Las fuentes de alimentos crudos en Colombia son variadas y abundantes, pero los fondos disponibles para la compra de éstos, parecen siempre ser limitados.

Personas interesadas y bien entrenadas podrían ver que tales fondos fuesen utilizados eficientemente en forma de llenar los requisitos dietéticos de los pacientes.

Similarmente, la misión no pudo encontrar evidencia de progra-

mas para el entrenamiento de empleados administrativos de hospitales, aunque esta necesidad, como ya se ha hecho saber, es obvia. El número de pacientes, estudiantes, ayudantes y trabajadores en muchas categorías es tan grande en todos los hospitales, su deberes y necesidades tan variados, y su trabajo en conjunto tan importante, que individuos especialmente entrenados en administrar los asuntos de la institución pueden ayudar enormemente.

Se recomienda que un programa para el entrenamiento de dietistas y administradores de hospitales sea instituido, tan pronto como sea posible.

VII. RECOMENDACIONES RELACIONADAS.

4. EL FUTURO DE LA EDUCACION MEDICA EN COLOMBIA.

En la actualidad tres de las siete escuelas médicas de Colombia están en un estado inicial de desarrollo. En algunos sentidos la educación médica en este país está al nivel de la que había en los Estados Unidos hace 40 o 50 años y en Europa Occidental aún antes.

Los conocimientos médicos no son estáticos. Avanzan continuamente. Métodos para impartir los nuevos conocimientos a los estudiantes y su aplicación a los pacientes se desarrollan continuamente. El intercambio de ideas y personal entre las escuelas médicas de varios países es siempre ventajoso. La experiencia de los Estados Unidos ofrece prueba para esto. El gran desarrollo, con la consiguiente mejoría, de la educación médica que comenzó allí en la presente centuria se debió a varias razones: (1) El retorno de muchos jóvenes talentosos, bien educados, parcial o totalmente, en las escuelas médicas de Europa; (2) La crítica franca y abierta de las escuelas médicas de ese tiempo, que se comparaban en forma poco favorable con las buenas escuelas médicas de Europa. (3) El fuerte deseo de mejoría de parte de los hombres dedicados a la enseñanza, graduados de aquéllas. (4) El continuo estudio de las críticas a las escuelas, por educadores médicos en los Estados Unidos y también educadores del Canadá, Inglaterra, Suecia, Australia y Japón. Poco más tarde hubo gran mejoría en las escuelas médicas del Canadá y en la misma forma, aún más tarde, desde la guerra mundial II, hubo en las escuelas médicas de Inglaterra una gran mejoría. En Inglaterra el auto-estudio y la auto-crítica han tenido prominente importancia en la mejoría, pero críticas y consejos de educadores médicos de otros países, también fueron aceptados y cuidadosamente considerados.

La misión recomienda que se efectúen los arreglos necesarios para continuar el estudio de la educación médica en Colombia, no sólo por médicos colombianos, sino por educadores médicos de otros países; que las universidades colombianas busquen el consejo de personas de otras universidades, en tales materias como planificación de edificios y desarrollo de programas especiales para el entrenamiento de dietistas y administradores de hospitales; que se estimule el intercambio de estudiantes y profesores con otros países; y que un intercambio similar se efectúe en los campos de entrenamiento avanzado en las ciencias básicas y en otros campos especiales de la medicina. De vez en cuando, el ministro de educación debe invitar educadores médicos interesados de otros países a visitar y a estudiar las escuelas médicas de Colombia para que hagan críticas y den consejos en los problemas actuales de ellas.

En otro sitio de este informe se recomendó la formación de una asociación activa de las escuelas médicas de Colombia. Una de las funciones importantes de tal asociación sería continuar el estudio de las escuelas médicas y sus problemas. Sería una idea excelente hacer arreglos para que grupos de educadores de las escuelas médicas colombianas visitaran y estudiaran las escuelas hermanas de su país y que juntaran sus conocimientos y experiencias. Tal asociación debe también mantener lazos fuertes con organizaciones similares en los Estados Unidos (Asociación de Colegios Médicos Americanos) y en otros países y debe estimular a aquellos profesores interesados a asistir a reuniones de estas asociaciones, a suscribirse y a contribuir a sus periódicos médicos y conseguir el consejo y la ayuda de ellos. Los fuertes lazos de unión entre las asociaciones de escuelas médicas entre los Estados Unidos y Canadá ha sido de beneficio mutuo y puede que las escuelas médicas de Colombia deseen más tarde establecer lazos de esta índole con asociaciones similares en otros países.

La misión confía que educadores médicos en los Estados Unidos, en las escuelas médicas americanas y en la Asociación de Colegios Médicos Americanos, estarán gustosos de cooperar en todo lo posible con las escuelas médicas de Colombia.

VIII. APENDICES.

1. RESUMEN DE RECOMENDACIONES.

1.—La administración presente de las universidades colombianas debe ser reorganizada con la creación de consejos directivos con miembros cuyos períodos sean de distintos comienzo, de manera que siempre haya miembros familiarizados con las funciones y actividades de la universidad. Los términos de los períodos deben ser suficientemente largos para proveer servicio efectivo.

2.—Estos consejos directivos deben tener autoridad para nombrar rectores con dedicación total, seleccionados por sus méritos como educadores y administradores. Nombramientos para la rectoría deben hacerse bajo recomendación o con la asistencia de los profesores de las facultades.

3.—Los decanos de las escuelas de medicina deben ser seleccionados por los rectores y los profesores de medicina y recomendados a los consejos directivos para acción final. Los decanos, como los rectores, deben ser seleccionados a base de su entrenamiento y de sus méritos educativos y administrativos.

4.—Debe establecerse una organización inter-universitaria para estudiar los problemas educativos generales, establecer normas educativas, evaluar las actividades de las universidades que la componen, y proveer para el desarrollo de programas educativos especiales en ciertas universidades.

5.—Un consejo directivo debe ser creado en cada escuela médica para trazar normas y ser responsable, juntamente con el decano, de las normas generales del nombramiento y promoción de profesores, del desarrollo de los cursos de estudio, (pénsumes) y otras materias generales. Debe consistir este consejo de los jefes de los principales departamentos y representantes de la facultad general. No debe haber representación estudiantil en este cuerpo.

6.—Deben proveerse los medios para que se efectúen reuniones generales de la facultad (cuerpo de profesores) una o dos veces al año.

7.—Deben organizarse departamentos individuales en cada uno de los principales campos de la medicina, cada uno con su propio jefe, el cual debe ser responsable de todas las cuestiones administrativas.

8.—Los presupuestos deben ser hechos con bases en los departamentos, y el jefe de cada departamento debe efectuar la compilación de todos los gastos por los cuales él es responsable.

9.—Unidades individuales de investigación deben ser incorporadas a los departamentos y a las escuelas y no deben ser unidades separadas, física o administrativamente.

10.—Debe mantenerse el presente programa de seis años de estudio, con un séptimo año para el internado.

11.—Debe delinearse una carrera de instrucción sistemático que cubra los seis años con énfasis en el contenido de cada curso, en el modo de instrucción y en el orden en que los varios cursos son dados. Se recomienda especialmente que el curso en patología (anatomía patológica) sea totalmente revisado y que la instrucción clínica durante el quinto y el sexto año sea transferida al hospital tan pronto como sea posible.

12.—Debido a que la educación secundaria en Colombia es al presente poco satisfactoria, los candidatos para admisión a las escuelas médicas deben seleccionarse con gran cuidado. En el contenido del informe ya se indicaron los principios que deben ser usados para tal selección.

13.—Hasta tanto haya una mejoría general en las escuelas secundarias, se sugiere que el año preparatorio actual sea continuado, pero que se hagan ciertos cambios en su contenido y administración.

14.—Debe continuarse con el presente sistema de exámenes escritos preliminares y finales, pero el trabajo práctico del estudiante debe ser también evaluado y debe constituir por lo menos el 60% de la calificación final.

15.—Se han delineado los principios para la promoción de aquellos estudiantes satisfactorios, y la eliminación de los no satisfactorios, para reemplazar el sistema caótico presente. Se ofrecen medios para rescatar algunos estudiantes que fracasan en un curso, o cuyo trabajo es poco satisfactorio.

16.—El actual sistema de nombramientos por concursos es poco satisfactorio e injusto y debe ser descontinuado. Los nombramientos para los puestos en las posiciones bajas (junior) de la facultad deben ser hechos por los jefes de departamentos y ratificados por las autoridades administrativas. Los nombramientos a las posiciones altas (senior) deben ser recomendados por comités nombrados especialmente para ello, y luego de una investigación extensa de todos los aspirantes posibles. Las promociones deben ser también hechas por los comités especiales, con la debida consideración a los profesores que ocupan rango inmediatamente inferior al de la posición vacante.

17.—Se recomiendan tres planes para llenar la necesidad presente de maestros competentes, (a) el entrenamiento de jóvenes prometedores, en el extranjero, con la idea de que a su regreso dediquen la mayor parte de su tiempo a la enseñanza y a la investigación; (b) la importación de profesores extranjeros competentes y de gran experiencia; (c) el establecimiento de programas de entrenamiento postgraduado en las escuelas médicas colombianas, con la expansión de estos programas tan rápidamente como sea posible.

18.—Los hospitales de enseñanza deben ser controlados por las escuelas médicas. Esta situación no existe en Colombia, y como resultado, hay frecuentes conflictos en lo relativo a obligaciones y privilegios. Se ha delineado un plan en el cual todos los hospitales de enseñanza son manejados por miembros de las facultades médicas respectivas, y para que la administración de estos hospitales sea efectuada por administradores entrenados y con dedicación total.

19.—No hay en la actualidad ningún programa de médicos residentes en los hospitales de enseñanza en Colombia. Se ha delineado un plan para la institución de tal sistema.

20.—Se recomienda que se establezca una asociación nacional de escuelas médicas, cuyos objetivos serán (1) el establecimiento de normas para la educación médica, (2) evaluación y acreditación de las escuelas médicas, y (3) evaluación y acreditación de los hospitales, con la cooperación del ministerio de salud pública.

21.—Con objeto de establecer algún control sobre los médicos que deseen practicar en Colombia se recomienda que un examen de revalida nacional sea requisito para la licencia; que se adopten medios legales para evitar que practiquen médicos, no licenciado o no éticos; que cada médico tenga que registrarse anualmente en su departamento y que pague una cuota correspondiente por este registro, y que un método para mantener las estadísticas al día sea instituido en el ministerio de salud pública.

22.—Debido a que la distribución de médicos es tan irregular en Colombia como en otras partes, y a que muchos médicos no desean practicar en áreas rurales, se recomienda que las condiciones de hospitalización actuales en los varios departamentos sean analizadas y desarrolladas y que se hagan arreglos que permitan a los pacientes venir a los centros médicos cuando no haya servicios médicos locales.

23.—Se recomienda organizar una asociación médica nacional poderosa, que pueda como objetivos, proveer mejor información médica con la distribución de programas científicos, procurar subir el nivel

de los servicios médicos con base en el mejoramiento de hospitales, programas sanitarios y educación médica. Deberá encargarse de un servicio estadístico completo que cubra información sobre hospitales, facultades y servicios médicos en general.

24.—La planificación de edificaciones para la educación médica, incluyendo hospitales de enseñanza, requiere los servicios de arquitectos altamente especializados y es poco afortunado que no hayan sido utilizados en el diseño y construcción de ninguna de estas edificaciones en Colombia. Se recomienda utilización en el futuro.

25.—Es esencial la planificación nacional para la educación médica. Se recomienda por lo tanto que se estudien las necesidades económicas de las escuelas médicas, y que se hagan planes para suministrar los fondos necesarios a todas ellas sobre bases futuras, o solamente proveer asistencia adecuada a las escuelas que pueden desarrollar el más alto nivel de eficiencia y clausurar las restantes. La misión cree, sin embargo, que con ayuda económica y demás facilidades, en forma adecuada, todas las escuelas existentes en la actualidad pueden hacerse operar eficientemente.

26.—La misión también recomienda que se fortalezcan los programas en aquellos campos auxiliares a la medicina, para el entrenamiento de enfermeras, técnicos y ayudantes de hospitales. Programas para el entrenamiento de dietistas y administradores de hospitales que al presente no existen deben ser establecidos.

27.—Debe hacerse un esfuerzo continuo para mejorar la educación médica en Colombia. La misión recomienda como el medio más efectivo para alcanzar este objetivo, la asociación íntima con la educación médica de otros países, por todos los medios al alcance.

2.—FUENTE BIBLIOGRAFICA PARA REFERENCIAS.

Para aquellos que tengan el tiempo y el interés para estudiar la evolución médica en otros países, se sugiere la siguiente lista parcial de referencias:

1. Flexner, Abraham: *Medical Education in the United States and Canadá. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.* New Kork, The Carnegie Foundation, 1910. Este es un estudio crítico de las escuelas médicas en Estados Unidos y Canadá en aquella época. Contiene considerable base histórica, compara las escuelas médicas de Estados Unidos y de Canadá con las de Alemania, se hacen recomendaciones generales para la mejoría de estas, y se

exponen las bases filosóficas que deben servir de fundamento a la educación médica. Este informe fue seguido de una mejoría revolucionaria en todos los Estados Unidos.

2. Flexner, Abraham: *Medical Education. A comparative Study.* New York, The Macmillan Company, 1925. Este es un estudio comparativo de la educación médica en Alemania, Inglaterra, Francia, y los Estados Unidos entre los años 1910 y 1925, y en él se delinean algunos de los problemas que todavía confrontaban las escuelas médicas en 1925.

3. *The Training of a Physician. Report of Inter-Departmental Committee on Medical Schools.* London, Great Britain, Ministry of Health, Department of Health for Scotland, His Majesty's Stationery Office, 1944. Este es el informe de un comité de educadores británicos que hizo un estudio extenso de los requisitos de entrada en las escuelas médicas de Estados Unidos. Se describen los problemas de las escuelas médicas en esa época y se hacen extensas recomendaciones para su mejoría.

4. Severinghaus, Aura E.; Carman, Harry J., and Cadbury, William C., Jr.: *Preparation for Medical Education in the Liberal Arts College.* New York, McCraw-Hill Book Company 1953. Este es el informe de un comité de educadores que hizo un extenso estudio de los requisitos de entrada a las escuelas médicas de los Estados Unidos. Se describe, hasta cierto punto, la situación que existe en la preparación de estudiantes para las escuelas médicas de los Estados Unidos, y se propone la filosofía, que en la opinión del comité, debe servir de base a esta preparación y se hacen sugerencias para el mejoramiento.

5. Deitrick, John E., and Berson, R. C.: *Medical Schools in the United States at Mid-Century (report of the Survey of Medical Education).* New York, McGraw-Book Company, 1953. Este informe es el resultado de un estudio de tres años sobre la educación médica en Estados Unidos, por requerimiento de la Asociación Médica Americana y la Asociación de Colegios Médicos Americanos. El informe contiene alguna base histórica, describe en bastante detalle los urgentes problemas que afrontan las escuelas médicas de los Estados Unidos en la actualidad, sugiere algunas soluciones a estos problemas, y da énfasis a un número de cuestiones aun por resolver.