

Volumen 28, No. 1
Enero/marzo 1994

Educación Médica y Salud

EL CAMBIO EN LA PROFESIÓN MÉDICA
Y SUS IMPLICACIONES PARA
LA EDUCACIÓN MÉDICA

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

E EDUCACION MEDICA Y SALUD

Revista trimestral de la Organización Panamericana de la Salud, creada en 1966 para servir a los países de las Américas en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en ciencias de la salud. En ella se dan a conocer experiencias en el proceso de enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones de importancia para la formación de personal de salud.

La Organización Panamericana de la Salud publica también las series de **Publicaciones Científicas**, **Cuadernos Técnicos** y **Documentos Oficiales**, y otras publicaciones periódicas, incluyendo el **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, revista mensual y órgano principal de información científica y biomédica de la OPS y el **Bulletin of PAHO**, revista trimestral que contiene material seleccionado especialmente por su interés para los países de habla inglesa de la Región de las Américas.

*Las opiniones expresadas en los artículos
firmados que aparecen en esta revista son
de la exclusiva responsabilidad de los autores*

ISSN 0013-1091

Últimos números publicados:

Vol. 27, No. 3: Recursos humanos para la salud: nuevos espacios de trabajo.

Vol. 27, No. 4: Trabajo y educación en los servicios de salud: la experiencia latinoamericana.

Próximo número:

Vol. 28, No. 2: La diversificación del trabajo en recursos humanos en las Américas.

Educación Médica y Salud

Volumen 28, No. 1
Enero/marzo 1994

- 1 **Presentación**
- 3 **Editorial: Del Juramento Hipocrático a la ética de la salud pública.** *Plutarco Naranjo*
- ARTÍCULOS**
- 7 **Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica**
- 20 **El reto de la educación médica frente a los nuevos paradigmas económicos y tecnológicos.** *Lilia Blima Schraiber, André Cezar Medici y Ricardo Bruno Mendes Gonçalves*
- 53 **Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina.** *Niall Byrne y Manuel Rozental*
- 94 **Los cambios en la profesión médica y sus implicaciones. El caso del Perú.** *César Lip*
- 125 **Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Documento de posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica. Edimburgo, Escocia, agosto de 1993**
- 139 **RESEÑA**
- Administración y gestión de recursos humanos: una propuesta de trabajo**
- 148 **NOTICIAS**
- 153 **LIBROS**



Impreso en papel reciclado a partir del Vol. 25 No. 1, 1991

CONSEJO EDITORIAL DE *EDUCACION MEDICA Y SALUD*:

- Dr. José Roberto Ferreira, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Presidente)
- Dr. Jorge Haddad, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Secretario)
- Dra. Judith Navarro, Programa de Publicaciones, OPS
- Dr. Jean Pillet, Banco Mundial
- Dr. Carlos Martini, American Medical Association
- Ing. Horst Otterstetter, Programa de Salud Ambiental, OPS

INFORMACION PARA LOS AUTORES

1. Los artículos enviados para publicación serán inéditos y así han de permanecer hasta su aparición en *Educación Médica y Salud*. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reserva todos los derechos de propiedad del material recibido.

2. Los originales se remitirán al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 525, 23rd Street, NW, Washington, DC, 20037, EUA.

3. Los artículos deberán tratar directa o indirectamente sobre temas de educación y adiestramiento de personal de salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales, investigación de educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud.

4. La OPS se reserva el derecho de aceptar o rechazar, de acuerdo a las recomendaciones del Consejo Editorial, los trabajos recibidos. También se reserva el derecho de realizar cualquier revisión editorial que estime necesaria, incluso la condensación u omisión de parte del texto, cuadros, ilustraciones y anexos.

5. Deberán incluirse los nombres del autor y de los coautores, el nombre de la institución a que pertenecen y la dirección postal del autor.

6. Cada artículo incluirá una introducción donde se explique la razón por la cual se ha llevado a cabo el trabajo y lo que se espera que aporte en el campo científico; conclusiones y recomendaciones, de ser pertinentes, **y terminará con un resumen que dé una idea precisa del contenido.**

7. La lista de referencias y la bibliografía se ajustarán a las normas seguidas en la revista: apellido del autor e iniciales del nombre; título del trabajo o del libro en su idioma original; nombre completo de la revista, de la casa editora, o de la institución; lugar de publicación (ciudad y país); y volumen, página y fecha de publicación. Las referencias deben aparecer en el texto por orden numérico consecutivo (números arábigos en paréntesis y subrayados), en el mismo orden en que se agrupan al final del trabajo.

8. El autor podrá solicitar gratis 10 ejemplares del número en que aparece su artículo.

P RESENTACIÓN

El presente número de *Educación Médica y Salud* está dedicado a divulgar los hechos relevantes que antecedieron a la Conferencia Mundial de Educación Médica realizada en Edimburgo en agosto de 1993, así como los que fueron parte del debate y de la discusión durante el evento. Como contribución al eje central del encuentro, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimuló el esfuerzo latinoamericano tendiente a fijar la posición de los países de la Región de las Américas frente a la temática planteada. Se preveía que este proceso tendría como resultado un documento que a la vez de definir el campo, sirviera además como elemento de trabajo y discusión por parte de los participantes en el evento.

Para la formulación del documento de posición se desarrolló durante los últimos doce meses un amplio trabajo preparatorio que contó con el apoyo de la OPS y de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades/Escuelas de Medicina (FEPAFEM). En este esfuerzo se cumplieron las siguientes etapas:

1. De preparación de los documentos básicos encomendados a científicos sociales, economistas, educadores médicos y salubristas de la Región.
2. De realización de un "task-force" en la OPS en Washington, del 28 de septiembre al 2 de octubre de 1992 para revisar los documentos referidos. Esto tuvo como resultado la elaboración de un documento mimeografiado de 11 páginas denominado "Los cambios de la profesión y su influencia sobre la educación médica". Este documento constituyó el instrumento motivador de consulta a las Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina.
3. De realización de consultas a través de reuniones internacionales subregionales y nacionales con las Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina siguientes:
 - Asociación Centroamericana, incluida la representación de la República Dominicana, en San José, Costa Rica.
 - Conferencia Andina de Educación Médica, con la participación de Asociaciones de Colombia, Venezuela, Perú, Bolivia, y con representantes de Facultades de Medicina de Ecuador, en Cartagena, Colombia.

- Corporación de Promoción Universitaria de Chile, con la participación de todas las Facultades de Medicina del país, en Santiago, Chile.
 - Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina, en La Plata, Argentina.
 - Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina, en Mérida, México.
 - Associação Brasileira de Educação Médica, en Londrina, Brasil.
 - Facultades de Medicina de Bolivia, en Cochabamba, Bolivia.
 - Facultades de Medicina de Cuba, en La Habana, Cuba.
 - Facultades de Medicina de Paraguay y Uruguay, en Asunción, Paraguay.
4. Reunión sobre servicio social y comunitario auspiciado por la Josiah Macy Foundation, la OPS y la FEPAFEM, en Washington, DC, Estados Unidos de América.
5. Reunión de un grupo de trabajo para consolidar el documento de posición de América Latina, con la participación de la OPS y la FEPAFEM, en Caracas, Venezuela.

Desde el comienzo de esta consulta regional hasta el momento en que se elaboró el documento final se fueron conociendo los ajustes de la propia programación de la Cumbre con la introducción de nuevos temas y propuestas de tópicos para ser considerados dentro de cada tema. *Educación Médica y Salud* ha tratado de incorporar en este número los aspectos que fueron discutidos en las diversas consultas, para lo cual fue necesario reordenar internamente todos los elementos y contenidos generales durante el proceso. El resultado de ese esfuerzo se presenta a continuación.

Dr. José Roberto Ferreira
Jefe, Programa Especial de
Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

EDITORIAL

DEL JURAMENTO HIPOCRÁTICO A LA ÉTICA DE LA SALUD PÚBLICA¹

Durante cerca de 25 siglos el llamado juramento hipocrático ha constituido el paradigma de la ética médica. El pensamiento médico refleja las condiciones sociales, así como los conocimientos científicos y técnicos de cada época. En lo primero, la época de Hipócrates se caracterizó por diferencias sociales y económicas poco marcadas: un patricio griego estaba a inconmesurable distancia de un billonario actual. En lo segundo, desde tiempos bíblicos existieron pestes, pero no se conocían los agentes causales ni el modo de contagio; el saber epidemiológico era mínimo. Sobre estos antecedentes se justifica la ética hipocrática con normas enfocadas al cuidado individual del enfermo. Entre los principales cánones se encuentran el hacer cuanto sea posible por la curación del paciente; evitar ocasionarle cualquier daño (*primum non nocere*) y observar el más estricto secreto profesional. La salud, en el pensamiento de esa época, era algo inherente al individuo y no a la colectividad; la enfermedad era un problema del individuo, no de la sociedad.

Esta ética individualista, arraigada a lo largo de tantos siglos, pesa aún, y fuertemente, en la mentalidad y conducta de muchos médicos de hoy, quizá de la mayoría. Al parecer, ni las facultades de medicina ni los profesionales se han percatado de que la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que refleja el nuevo pensamiento sobre la salud expresado en ese sencillo lema "Salud para todos", implica un profundo cambio conceptual y el advenimiento de la ética de la salud pública,

¹ Discurso pronunciado por el Dr. Plutarco Naranjo en ocasión de recibir el Premio Abraham Horwitz en Salud Interamericana 1993 concedido por la Organización Panamericana de la Salud el día 30 de septiembre de 1993, durante la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS.

dentro de la cual la ética hipocrática debe considerarse solo como uno de sus tantos aspectos.

El descubrimiento de los agentes etiológicos de las epidemias y de su relación causal con la falta de saneamiento básico en la segunda mitad del siglo pasado, llevó a los gobiernos a fundar organismos sanitarios cuya máxima expresión fue la creación de los Ministerios de Sanidad, denominación histórica que aún subsiste en algunos países. Bajo la influencia de la OMS en particular, en la década de los años cincuenta surgieron los Ministerios de Salud. Desde luego, y lamentablemente, en algunos casos se adoptó la etiqueta, pero no la filosofía ni la ética de la salud pública.

El médico formado dentro de los cánones hipocráticos, tanto en su práctica privada como en la que desarrolla en instituciones públicas o estatales, cree cumplir con su deber al atender al enfermo en su dolencia específica. No está educado ni concientizado acerca de la responsabilidad social de la medicina ni tampoco acerca de la responsabilidad del médico de ir más allá de la atención curativa, es decir promover la salud integral y comunitaria.

Las facultades de medicina se esmeran en ofrecer el conocimiento técnico y científico llevado al más alto nivel posible. Con cuánta precisión y abundancia de detalle se enseña, por ejemplo, el serotipo de colibacilo causante de la diarrea de un niño, la alteración genética de un discapacitado o el deterioro inmunológico del fumador que desarrolla una neoplasia; pero no se analizan, o apenas se mencionan de paso, las causas sociales de estas enfermedades. Sin duda, esa filigrana de conocimientos biológicos demuestra las maravillas de la técnica y la ciencia que, a un alto costo, pueden garantizar la curación de ciertos enfermos. Pero al mismo tiempo, ¿cuántos millones de niños mueren anualmente por causas prevenibles a muy bajo costo? ¿cuántos mueren por sarampión o tosferina, enfermedades que pueden evitarse con una vacunación oportuna?, ¿cuántos mueren por diarrea, cuando con saneamiento básico y agua potable se puede evitar ese masivo infanticidio? y ¿qué decir sobre la desnutrición que mata a millones de niños y ancianos en una época histórica de opulencia, consumismo y derroche?

El médico individualista mira esas realidades como algo ajeno a su propia responsabilidad, como algo que solo compromete al Estado. Hubo un monarca que proclamó: "El Estado soy yo". Pero el Estado somos todos nosotros, el médico y el común de las gentes, aunque en materia de salud es el médico el que debe asumir la mayor carga de responsabilidad moral.

Algunos Estados para ponerse a tono con la época, han consagrado en sus leyes —en el capítulo correspondiente a los derechos de los ciudadanos— **el derecho a la salud**, el derecho al bienestar. Sí, efectivamente en el texto de la ley está escrito ese derecho, pero lamentablemente, convertido en letra muerta. Es muy fácil aprobar una ley, un principio de

justicia social, de equidad, pero es muy difícil y costoso en muchos casos, convertirlo en realidad.

¿Es realmente la salud, en la actualidad, un derecho ciudadano? No, en toda la extensión de la palabra. Con algunas excepciones no lo es ni siquiera en los países ricos y poderosos, y menos aún en los países del Tercer Mundo. La realidad es que la salud constituye un gran privilegio individual que se edifica, dolorosamente, sobre los cadáveres de millones de seres humanos.

Los adelantos científicos por una parte, y los progresos de la técnica médica por otra, permiten hoy una increíble precisión en el diagnóstico y el tratamiento de enfermos que hasta hace poco eran insalvables. Nadie puede objetar esos logros. Lo grave está en que ese mismo avance médico repercute en una ampliación y profundización de la brecha que separa, en cuanto a la salud, a ricos y pobres. La alta tecnología sirve, cada vez más, a un menor número de personas, y por consiguiente, el acceso a la salud se vuelve uno de los mayores privilegios de una minoría afortunada. Un simple examen por tomografía computadorizada o por resonancia magnética o con isótopos radiactivos tiene un costo superior al salario mínimo vital de muchos países en desarrollo. Ese sueldo, que ni siquiera cubre lo indispensable para la supervivencia familiar, está lejos de cubrir el costo de la atención médica más elemental y mucho más lejos aún, de aquella que requiere alta tecnología. Si en algún campo de la vida colectiva es evidente la necesidad de una ética social con la intervención del Estado es precisamente en el de la salud, con el fin de que se asegure, por lo menos, un mínimo de atención en relación con el aspecto asistencial y sobre todo, que se afronte el vasto problema de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Lo que sucede en este país tiene una gran trascendencia, no solo en su seno, sino en todos los países del mundo, y sobre todo, en los de América Latina.

Se puede argumentar que la estrategia de la atención primaria de salud diseñada por la OMS responde precisamente, a esa necesidad. Pero, como sucede con el "derecho a la salud" descrito en la ley, esta estrategia está escrita en el texto de muchos documentos oficiales sin que forme parte de la ética política ni de los planes de muchos gobiernos. Por la inercia que impone la tradición, por los pequeños y grandes intereses creados, porque no hay conciencia de una ética en la salud pública y menos aún de la preservación de la salud, los gobiernos siguen el camino más fácil: atender a los enfermos pobres y menesterosos a través de un sistema asistencial anticuado e ineficiente.

Deseo destacar el hecho de que de los escasos recursos que los gobiernos asignan al sector salud, más del 70% se consume en atención hospitalaria, de la que se beneficia apenas alrededor del 5% de la población.

Se consagra así un sistema irracional que deja abandonados a su suerte a la mayoría de los ciudadanos.

Vivimos la época de los "derechos humanos". El más real es el derecho a morir por hambre y enfermedad. Desde el punto de vista de la producción, poco o nada importa que una persona muera y, menos aún, si se trata de uno de los tantos miles de desocupados. Por un trabajador que muere, hay decenas o centenas de trabajadores que se disputan el puesto. Esa es la realidad ética de la economía de nuestros tiempos, de la economía de mercado. Frente a esta crisis de la salud, no se aprecia una verdadera solidaridad humana.

No estoy en capacidad de hacer una evaluación de lo que se ha conseguido en los tres lustros transcurridos desde la Declaración de Alma-Ata, pero sin duda es mucho menos de lo que se esperaba. No bastan las declaraciones —por bien intencionadas que sean— ni son suficientes los consensos internacionales. Se requieren medidas más efectivas, realistas y pragmáticas. Hacen falta compromisos más serios y más revestidos de sentido social y de principios de solidaridad humana. ¿Cómo ha de ser posible que se gasten miles de millones de dólares en misiles y otros artefactos de destrucción, mientras que en la mayoría de los países subdesarrollados hay millones de pobres que no tienen acceso a un simple analgésico?

Los principios de la atención primaria de salud están planteados esencialmente en términos técnicos y operativos, pero tampoco en ese ámbito han sido debidamente entendidos y practicados ni por muchas universidades, ni por muchos gobiernos. Ese planteamiento tenía justificación en el momento histórico que vivían los países. Hoy se requiere un nuevo esfuerzo, quizá más profundo, quizá más revolucionario, más humanístico, con miras a alcanzar la equidad y la justicia en la salud humana. Se requiere un renovado esfuerzo para dar vida a una auténtica ética de la salud pública.

Dr. Plutarco Naranjo
Ex Ministro de Salud Pública
del Ecuador y Miembro de
la Academia Ecuatoriana
de Medicina