

Tiempo de reformas: educación y salud pública

Compilación de ensayos y artículos

Silvia Matute
Amy Paredes
Wendy Borjas

20
23

Jorge Haddad Quiñónez

Tiempo de reformas:
educación y salud pública

NOTA DE LAS COMPILADORAS

El doctor Jorge Haddad Quiñónez, un eminente científico y humanista hondureño, ha dejado un legado perdurable a través de su obra, su investigación y su servicio como médico. Su incansable búsqueda de conocimiento ha enriquecido nuestra comprensión de la sociedad, la educación y la medicina en Honduras.

Cuando se anunció que el Dr. Jorge Haddad sería nombrado como el personaje académico de 2023, no nos sorprendió en absoluto, ya que siempre fue reconocido por su intelecto y su inquebrantable solidaridad. Por esta razón, esta edición conmemorativa ha sido creada en su honor, con el propósito de rendir homenaje y difundir su invaluable labor. Como Editorial Universitaria, sentimos una profunda gratitud por la oportunidad de conmemorar la memoria de un compatriota que, a lo largo de su vida, se entregó a la mejora de la salud y la educación a través del respeto, la empatía, el amor y la humanidad.

Esta compilación se ha confeccionado a partir de artículos seleccionados de la *Revista Médica Hondureña* y la revista *Honduras Pediátrica*, en los que el Dr. Jorge Haddad aborda temas

de relevancia social. En estos escritos, el Dr. Haddad destaca la importancia de adecuar la educación médica a las necesidades específicas de nuestra sociedad y país, en lugar de replicar estructuras extranjeras que carecen de pertinencia. Asimismo, resalta la necesidad de brindar una formación médica más integral, la cual no solo se enfoque en aspectos técnicos, sino que también inculque valores éticos, humanísticos y de liderazgo.

Igualmente, en artículos como «Reorientación de la educación médica», el Dr. Haddad propone la creación de programas de educación médica continua en Honduras para mantener a los profesionales de la salud actualizados, promoviendo así la educación y fomentando la colaboración entre las instituciones de salud y las universidades.

En conclusión, estos artículos resaltan la necesidad apremiante de ajustar la educación médica a las demandas locales y ofrecen una perspicaz visión para mejorar la educación médica y el sistema de salud en Honduras. Agradecemos sinceramente a todas las personas e instituciones que han contribuido a esta edición, la cual representa un tributo merecido a uno de los hondureños más destacados en su humanismo y su labor en beneficio de la comunidad hondureña.

SILVIA MATUTE
AMY PAREDES
WENDY BORJAS

PROBLEMAS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA*

En los últimos años, se ha notado un mayor interés por los problemas que atañen a la educación médica debido, en parte, a la necesidad cada vez mayor de dotar al país de mejores médicos, al deseo de no quedarse atrás en los progresos médicos alcanzados en los países vecinos, a la exigencia en aumento de los estudiantes por recibir mejor preparación, o incluso, por la necesidad de justificar ante la opinión pública la lucha de las escuelas por mantener vigentes procedimientos aparentemente discriminatorios, como los exámenes de selección o, aparentemente dilatorios, como el servicio médico social, etc. Pero con todo, tenemos la impresión de que muchos problemas no han sido todavía enfrentados, ni mucho menos analizados adecuadamente y, entre estos, ocupan sitio preponderante algunos problemas que atañen al estudiante, el objetivo central del complejo proceso enseñanza-aprendizaje.

Nota de las compiladoras: Este artículo se ha tomado de la *Revista Médica Hondureña* [vol. 34, 1966] y está bajo una licencia Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

* Presentado ante el III Congreso Centroamericano de Estudiantes de Medicina.

Miller y colaboradores, en su excelente estudio sobre temas de educación médica (7), dicen que en la mayoría de las escuelas de medicina el objetivo primordial de casi todos los estudiantes es obtener un título profesional, en consecuencia, la causa mayor de estrés y ansiedad en estas instituciones son los exámenes. En la misma obra, se cita la conclusión a la que llegó un grupo de investigadores respecto a que la ansiedad del estudiante radica en su sensación de poca o ninguna defensa ante el poder del profesor, siendo esta sensación de mayor o menor grado según su percepción del grado de arbitrariedad, y de la capacidad de usar ese poder que atribuyen a ese profesor. Es significativo que algunos de estos profesores creen que, si un estudiante de medicina ha escogido una profesión en la que un error puede conducir a la pérdida de la vida de un paciente, es «conveniente» que vaya preparándose para comportarse bajo situaciones de intenso estrés y ansiedad. Es importante aclarar que la percepción de este estrés y la forma de responder a él es una característica muy individual y personal (7).

Existen otras situaciones menos obvias que los exámenes que producen estrés en los estudiantes, por ejemplo, la primera experiencia en los laboratorios de anatomía; este es su primer contacto con la muerte y con un cadáver, y aquí pueden influir convicciones religiosas, formación hogareña y otras actividades mentales; el profesor debe estar atento a estas situaciones y favorecer las que producen un alivio de la tensión (pequeños intervalos entre clases, permitir un cigarrillo, etc.). El primer examen físico de un paciente, al iniciarse la etapa de estudios clínicos, introduce el estrés de la observación del cuerpo desnudo, dando por tierra brutalmente con los conceptos convencionales acerca del pudor y la privacidad.

Escuchemos aquí las palabras del Dr. Edward M. Bridge (1):

«Cuando el estudiante de medicina inicia el periodo de adiestramiento clínico, se produce un cambio abrupto en los métodos y en el ritmo de trabajo. Las clases ya no van seguidas de trabajo en el laboratorio, ni hay un libro de texto asignado a todo el curso y que debe estudiar este al mismo tiempo. En su lugar, pequeños grupos de estudiantes pasan un mes o dos trabajando en una sala de hospital y prestando servicios como aprendices. Las tareas no se llevan a cabo en un orden lógico, sino que dependen de los pacientes admitidos o de los casos de emergencia que necesiten atención en un momento dado. Periódicamente se celebran reuniones del personal para discutir los casos hospitalizados y se efectúan visitas regulares a las salas para examinar a los pacientes asignados a los estudiantes. Las clases e instrucciones en las que se indican las materias que deben aprenderse son escasas o han sido totalmente eliminadas. Él estudiante debe decidir principalmente por sí solo qué ha de estudiar y en qué momento. Aprende especialmente practicando, compartiendo experiencias con sus compañeros de curso y recogiendo lo que puede de la experiencia de sus maestros. Todos esperan que adquiera una gran variedad de conocimientos, que aprenda a pensar en términos clínicos y alcance pericia técnica antes de recibir el título de médico, pero no hay un programa organizado para alcanzar esa meta. En realidad, los diferentes departamentos y la escuela han definido esta meta solo en forma vaga. Hay, naturalmente, exámenes, pero no con el refinamiento de las ciencias básicas; es probable que se trate de exámenes orales en donde se insista en los intereses especiales (o investigaciones) del examinador».

Este cambio abrupto entre las ciencias básicas y clínicas ha sido causa de no pocos casos de desorientación y ansiedad entre estudiantes de segundo y tercer año, hemos observado en los estudiantes de cuarto y quinto año demostraciones de ansiedad porque creen que «no están preparados todavía», hay ansiedad por un sentimiento de déficit de preparación que en algunos casos es justificado, lamentablemente.

Hay otro aspecto de ansiedad en los estudiantes de los años clínicos que, a menudo, es menospreciado por los profesores, o en el mejor de los casos, es motivo de hilaridad, y es el temor de los estudiantes en contraer enfermedades por contagio en las salas del hospital; no es raro encontrar estudiantes «con síntomas» que fueron discutidos en una clase reciente. Por supuesto, a menos que se encuentre un vicio de personalidad acentuado, este brote de preocupaciones y de ansiedad es prontamente superado en la mayor parte de los casos.

Tal vez más frecuente que el anterior, aunque mucho menos evidente, es la ansiedad que se despierta en los estudiantes a medida que gradualmente se va descubriendo que el médico no es omnipotente, que muchas enfermedades no tienen tratamiento efectivo, o que un brillante especialista es absolutamente incompetente ante casos de otra especialidad o de otra rama de la medicina, o peor aún, que dos especialistas del mismo campo tienen desacuerdos diametrales en determinados conceptos de diagnóstico o terapéutica. Algunos estudiantes aceptan pronto estas situaciones, pero otros encuentran en ellas solo una causa más de tremendos conflictos mentales. Es obvio que, en estos casos, el profesor puede ser la causa de que se agraven las tensiones y las dudas.

Los años de estudios médicos son física, intelectual y emocionalmente difíciles. Las horas son largas, el curso es

exigente y la sensación de inseguridad va en aumento a medida que los estudiantes adquieren con frecuencia otras responsabilidades como tener esposa e hijos. Las escuelas que han integrado sistemas, comités de ayuda y consejo para los estudiantes en dificultades han resuelto solo parcialmente el problema, ya que, son muy pocos los profesores calificados para llenar esta función; la mayoría se ven imposibilitados por consideraciones disciplinarias, por ineptitud personal o por falta de tiempo. Muy pocas escuelas tienen experiencias favorables sobre estos aspectos.

El ambiente favorable y propicio al aprendizaje no lo hacen los edificios, ni la organización, ni el prestigio, ni el *currículum*; lo hace el cuerpo de profesores y el grupo de estudiantes. Y si uno de aquellos quiere servir a éstos en sus problemas, debe ser amistoso, que se le encuentre siempre que se le busque, tener tiempo para discutir con los estudiantes fuera de las horas de clase, interesarse en ellos y sus problemas (7). Es la única forma de aliviar en parte las tensiones y ansiedades propias del alumno.

Las actitudes de los estudiantes hacia los diversos aspectos de la profesión, a menudo, son evaluadas muy pobremente en la mayoría de las escuelas médicas latinoamericanas. Me parece de gran utilidad citar aquí lo que los profesores del Colegio Médico de Virginia consideran actitudes que deben estimularse en los estudiantes (8):

- Respeto por la dignidad, la propia estimación y el valor del hombre.
- Compasión y sensibilidad en el cuidado de los pacientes y sus familias.

- Comprensión de los derechos fundamentales de los pacientes, de los colegas y de la comunidad.
- Honestidad intelectual y capacidad para reconocer las propias limitaciones e ineptitudes.
- Apreciación completa del papel de la investigación científica, tanto básica como clínica.
- Aceptación de que la responsabilidad ante un paciente no solo se limita a cuidar su salud, sino también a los problemas no médicos que están relacionados.
- Comprensión absoluta de la necesidad de continuar su educación por el resto de su vida.

Se ha insistido en que una forma de capacitar mejor al estudiante para enfrentar estos problemas es la asignación de una familia durante todos los años de estudio. El problema de la inseguridad del alumno ante muchos aspectos profesionales se resuelve mejor si se le da esta oportunidad desde el inicio de sus estudios (4). Este plan, que se inició primero en la Universidad de Pensilvania en 1949, se aplica ya en casi todas las escuelas latinoamericanas, pero puede constituir un rotundo fracaso o una agravación de la inseguridad del estudiante si no se selecciona bien el ambiente de trabajo y los instructores encargados de dirigirlo. Para el caso, no debe menospreciarse la influencia peligrosa que puede tener en un estudiante el encontrar inseguridad en una familia que le recibe con frialdad y, hasta con temor, ante «el médico que solo está practicando con ellos».

Se ha reportado también con notoriedad el gran número de estudiantes que se adaptan fácilmente ante el paciente hospitalizado, pero fracasan en su relación con el paciente de consulta externa. Los programas de entrenamiento en consultorio externo

deben ser cuidadosamente vigilados y asesorados, cuidando de corregir no solo los aspectos médicos, sino también las actitudes emocionales y psicológicas de los estudiantes (3). Sobre los resultados de los dos procedimientos educacionales citados, no se ha dicho aún la última palabra y los problemas de ansiedad en el estudiante de consulta externa y de familia siguen presentándose. Analicemos ahora otros problemas de los estudiantes de medicina, más íntimamente relacionados con su propia personalidad:

Los que estuvieron presentes en el II Congreso Centroamericano de Estudiantes de Medicina en San Salvador escucharon, por boca del señor decano de la Facultad de Medicina de El Salvador, la clarificación que Eduardo Spranger hace de los tipos fundamentales de personalidad que se pueden encontrar entre los grupos de estudiantes (2, 6):

- Homo Biologicus o vegetativo
- Homo Aeconomicus o comercial
- Homo Theoricus o intelectual
- Homo Politicus o social
- Homo Aestheticus o artístico
- Homo Religiosus o místico

En cuanto al interés, legítimo resorte de todo esfuerzo y todo aprendizaje, se citó en la misma conferencia al pedagogo brasileño Luiz de Mattos (6):

- Práctico, utilitario, trascendental o abstracto.
- Egoísta, altruista o socializado.
- Inmediato, mediato o remoto.

Es indudable que el grado de aprendizaje variará en cada estudiante de acuerdo con las variantes de su personalidad y a las influencias, buenas o malas, que le rodeen. Bajo cualquiera de las formas de personalidad citadas, el interés es esencial para el éxito de la educación; aunque cada uno trate después de llenar los objetivos según su capacidad, interés y grado de esfuerzo (2).

El estado económico de la familia, las condiciones de vida, el ambiente y todo lo que según Rosinski constituye la «clase social» de los estudiantes (9), puede influenciar en un sentido a determinado tipo de personalidad y en otro sentido a una personalidad diferente, en otras palabras, la situación económica precaria, para el caso, puede anular definitivamente las capacidades intelectuales de un individuo pusilánime, en tanto que, estimulará incluso en forma violenta a aquellos caracteres agresivos, aunque solo sea por el deseo más o menos intenso de cambiar un sistema de vida.

El Dr. George Saslow, profesor de psiquiatría de la Universidad de Harvard (10), ha ido aún más allá al estudiar y clasificar a lo largo de 12 años padecimientos puramente psiquiátricos en estudiantes de medicina. En un 22 % de los casos hubo suspensión definitiva de los estudios médicos, pero el 78 % restante pudo continuar adelante, después de tratamiento, de psicoterapia, y, sobre todo, por la intervención efectiva del equipo de consejeros del que hablábamos antes. A manera de ilustración, queremos resumir los hallazgos de Saslow, el porcentaje de casos y la relación que estos tenían con la etapa de estudios del alumno:

- Reacción de angustia, inclinaciones a preocupaciones hipochondríacas: 20 %, aproximadamente un tercio de los casos fueron precipitados al inicio de los estudios de clínica.

- Ineficaces en trabajo escolar: 17 %, altibajos en capacidad, rebeldes a la decisión de los padres, no saben estudiar, mimados toda la vida.
- Depresión recurrente, accesibles: 7 %, a terapia por medio de entrevistas.
- Personalidad psicopatológica: 6 %.
- Histeria: 5 %, también ver reporte de Purtell, *JAMA*, 151-997, 1953.
- Reacción psico-fisiológica, colon irritable, colitis ulcerada, principalmente gastrointestinal: 5 %, agravación en los exámenes.

SEÑORES ESTUDIANTES:

El objetivo de los congresos, como el actual, es el intercambio de ideas, la discusión de conceptos y normas de conducta pre-establecidas, para confirmarlas o para condenarlas, armados de un vasto espíritu universitario. Ustedes están reunidos para contribuir con su opinión y sus consejos, con el objetivo de mejorar situaciones existentes, o para aceptar con hidalguía las críticas y opiniones adversas cuando éstas son razonables y justas. Pero básicamente, ningún congreso logra su cometido si no se llega al final a conclusiones definidas y, como colofón, a la elaboración de recomendaciones y resoluciones adecuadas. Con base en lo anterior, nuestra contribución con esta charla pretende ser la de estimular una actividad estudiantil, en el sentido de trabajar en sus respectivas escuelas por la creación de sistemas que ayuden a los estudiantes a resolver los problemas analizados. Los comités profesores-estudiantes

han funcionado bien en varias escuelas norteamericanas, y los sistemas de consejeros para los estudiantes de medicina deben seguirse estimulando y purificando para que resuelvan los obstáculos que el estudiante encuentra a lo largo de sus años de estudio escolar, en los que tiene que desarrollar a menudo métodos enteramente nuevos de estudio y de autoeducación; tiene que enfrentarse con una responsabilidad creciente, tiene que ocuparse de problemas de pacientes que abarcan toda la escala de las emociones humanas, y se espera de él que aprenda a enfrentarse a esos problemas, de tal modo que ello le sirva como pauta para su conducta profesional (5).

Si bien hay evidencia clara de que el estudiante de medicina posee más inteligencia que el promedio, y que desde el punto de vista intelectual es un ser superior, también hay indicios de que quizás sufre una serie de problemas emotivos mayor que lo usual (5), donde es absolutamente urgente y necesario que las situaciones emotivas que interfieren con su rendimiento y su preparación sean objeto de estudio y atención inmediata por las autoridades universitarias. Los estudiantes, sino insisten en solicitar este tipo de actividad en sus profesores y directivos, deberán, al final, compartir la responsabilidad del fracaso de muchos de sus compañeros de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bridge EM. Pedagogía médica. Publicación de la OMS/OSP; 1965.
2. Fernández JJ. El papel del estudiante en el proceso de aprendizaje. II Congreso Centroamericano de Estudiantes de Medicina, San Salvador; 1965.
3. Gregg LA, Campbell M. Outpatient program for senior medical students. *Journal of Medical Education*; 31(757), 1956.
4. Hubbard JP, Mitchell JM, Poole ML, Rogers AM. The family in the training of medical students. *Journal of Medical Education*; 27(10), 1952.
5. Leymaster GR. Un sistema de consejeros para los estudiantes de medicina. Josiah Macy Jr. Foundation; 1958.
6. Mattos LA. Compendio de didáctica general, Ed. Kapelusz, Buenos Aires, 1963.
7. Miller GE, Graser HP, Abrahamson S, Harnack RS, Cohén IS y Land A. Teaching and learning in medical school. Harvard University Press, 1962.
8. Rosinski EF. Professional, ethical and intellectual attitudes of medical students. *Jour. of Med. Education*; 38(1016), 1963.

9. Rosinski EF. Social class of medical students. *JAMA*; 193(95), 1965.
10. Saslow G. Problemas psiquiátricos entre los estudiantes de Medicina.

EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL: NUEVAS PERSPECTIVAS EN EDUCACIÓN MÉDICA*

Ha sido inaugurado oficialmente el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa que, con un costo de más de 6 millones de lempiras, concreta las aspiraciones de una mejor atención para los pacientes gineco-obstétricos y pediátricos.

Pero implica, además, la iniciación de una nueva etapa en la enseñanza de la medicina en nuestro país, ya que, allí funcionarán las cátedras de Pediatría y Ginecología de nuestra Facultad de Ciencias Médicas. Existe en los sectores involucrados un propósito de iniciar estas labores con el fin de mejorar las labores asistenciales, docentes y de investigación, esto, concretado en un plan para selección adecuada del personal médico y paramédico mediante un concurso, dejando en el pasado los procedimientos tradicionales en cuanto al nombramiento de personal. Si estos anhelos cristalizan, la docencia y la asistencia, así como la investigación, estarán encomendados a las personas más calificadas.

Este plan supone, además, que la mayoría del personal médico trabajará sobre una base de tiempo completo, circunstan-

* *Nota de las compiladoras:* Este artículo se ha tomado de la revista *Honduras Pediátrica* [vol. 3, 1967] y está bajo una licencia Atribución NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

cia que consideramos básica para un buen funcionamiento del hospital, asegurando una labor asistencial y docente supervisada, mañana y tarde, en forma permanente, lo que en la mayoría de los casos es sinónimo de medicina de buena calidad. Con médicos a tiempo completo, será factible realizar los siguientes anhelos de toda Escuela de Medicina:

- a. Enseñanza dirigida en las salas del hospital a pequeños grupos de estudiantes, durante todas las horas hábiles del día.
- b. Adiestramiento de los estudiantes en condiciones óptimas en la práctica de consultorio externo.
- c. Buenos programas de enseñanza para internos y residentes.
- d. Realización de programas de investigación que, hasta ahora, no han existido en el área clínica.
- e. Práctica de buenos procedimientos pedagógicos modernos que complementarán la educación del futuro médico:
 1. Club de revistas.
 2. Sesiones anatomo clínicas y anatomo radiológicas.
 3. Revisiones de mortalidad.
 4. Discusiones de grupo.
 5. Seminarios (clínicos, terapéuticos, etc.).
 6. Correlación clínico-básica con los departamentos de Ciencias Básicas de la Universidad.
- f. Integración de la enseñanza de la medicina preventiva y social con las cátedras de Pediatría y Gineco-Obstetricia.
- g. Planificación de cursos especiales, tanto a nivel pregraduado como de posgraduado. Posibilidades de regionalizar estos últimos.

Yankauer y Villarreal (1) enfatizan en que la regionalización de servicios de salud, meta importante en la planificación de salud y educación médica, debe tener como base un hospital, y partir desde allí hacia la periferia; es fácil comprender entonces la alta calidad de servicios que debe dar el hospital, si se pretende partir de él para planes de salud más amplios.

Una buena parte de las funciones asistenciales y docentes descansa en los residentes, de donde la necesidad de que la enseñanza sea buena no solo en los cursos para estudiantes, sino también a nivel de internado y residencia; de un buen cuerpo de residentes se obtendrán mejores logros en el hospital. Nuestra escuela no ha iniciado en ninguno de los departamentos clínicos la educación continua de sus egresados, esta es la oportunidad de comenzar.

El número 6 de los puntos arriba mencionados, esto es, la integración de la enseñanza de la medicina preventiva y social con las cátedras del área clínica, es otra preocupación principalísima de nuestra escuela. Con la ayuda de la oficina Sanitaria Panamericana, proyectamos iniciar las labores de un departamento de medicina preventiva y social a comienzos del próximo año; se trabaja actualmente en su planificación y en esta se contempla esa integración. Debido a las particularidades que tendrá la enseñanza de la pediatría con el nuevo hospital, somos optimistas en cuanto a que esta disciplina podrá lograr a cabalidad esa integración.

De acuerdo con los postulados expuestos por Molina y Pimeno (2, 3), los estudiantes deben ser asignados a los distintos servicios del hospital para entrenamiento en cualquiera de las disciplinas clínicas, son los que deben realizar simultáneamente trabajo de medicina preventiva y social, mediante un

programa coordinado entre profesores de clínicas y profesores de medicina preventiva, adecuadamente distribuidos y ordenados. La elaboración de una ficha epidemiológica para cada paciente hospitalizado y la responsabilidad del estudiante en la educación de los pacientes dados de alta, deberán ser pasos imprescindibles en esta labor conjunta (2). De este modo, será factible que el estudiante obtenga una visión clara de la relación entre el cuadro clínico de un paciente y las condiciones del medio ambiente (4).

Si la experiencia del Hospital Materno Infantil es exitosa en estos aspectos, servirá de base para uniformar criterios y métodos en el proyectado Hospital Universitario, donde se impartirá el resto de las disciplinas clínicas de la Escuela de Medicina. La próxima apertura del Hospital Materno Infantil es pues un reto que debemos afrontar con decisión y voluntad; los resultados a largo plazo se prevén de altos beneficios para los planes de salud del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yankauer A, Villarreal R. La zona de salud de la comunidad en la enseñanza de la Pediatría. *Ed. Médica y Salud*; 2(127), 1967.
2. Molina G. Evaluación de la enseñanza de la medicina preventiva y social integrada en las clínicas. *Ed. Médica y Salud*; 2(67), 1967.
3. Molina G, Jimeno C. Teaching social science concepts in a clinical setting in preventive medicine; *Milbank Memorial Fund Quarterly*; 1966, parte 2.
4. Urzúa H. Integración de la medicina preventiva y social en las distintas escuelas de una universidad. *Bol. Of. San. Pan.*; 62(232), 1967.

EDUCACIÓN MÉDICA EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO*

«La misión fundamental de la universidad es la de actuar como un instrumento de desarrollo nacional, la de ser una herramienta que produzca el mejoramiento de las condiciones de vida de una colectividad». Así describe el objetivo y la función de la universidad un ilustre exrector sudamericano (8). En esa sentencia se expresa la esencia y fundamento que deben normar el quehacer universitario en nuestros países. Ya no se concibe que quienes sostienen con sus impuestos las cada vez más costosas instalaciones universitarias, y quienes pagan los sueldos de autoridades, de docentes y de empleados de la universidad, no reciban después el producto de su contribución. La universidad debe producir los recursos humanos en calidad y cantidad adecuadas para promover el desarrollo nacional, capaces de llevar a las comunidades y al país los beneficios del progreso en todas sus formas.

En ninguna de las carreras universitarias esto es más apremiante y urgente que en las carreras de la salud. Es imprescindible un pueblo sano para lograr el máximo de productividad y de esfuerzo. La medicina ha llegado a ser una importante e

* *Nota de las compiladoras:* Este artículo se ha tomado de la *Revista Médica Hondureña* [vol. 36, 1968] y está bajo una licencia Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

imprescindible función social, lo cual ha obligado a los médicos a desempeñar cada día, en colectividad, un mayor papel como educadores y líderes. A su vez, las comunidades cada vez son más conscientes de sus derechos a la salud y reclaman más a nuestra profesión (2).

Es preciso tener una mentalidad flexible, en lo que se refiere a los curriculares de los estudios médicos, que permita adaptarlos todas las veces necesarias a las necesidades cambiantes de la sociedad y del mundo.

En el Seminario de Formación Profesional Médica, celebrado en la Universidad de Chile en 1960, se establecía que en la enseñanza de los médicos existen cuatro etapas:

- Etapa premédica.
- Etapa de pregrado.
- Etapa de la especialización.
- Etapa de continuo perfeccionamiento y adaptación a los cambios que se operan tanto en la Medicina como en la sociedad (1).

Se establecieron como funciones principales del médico:

- Desarrollar las actividades técnicas que le son propias, incluyendo la investigación de los problemas de salud.
- Promover la educación del individuo y su familia en materia de salud.
- Actuar como líder del equipo de salud.
- Asumir responsabilidades administrativas y económicas inherentes a sus funciones.
- Ser consejero y guía de la colectividad en lo concerniente a la salud (13).

La Facultad de Ciencias Médicas de Honduras busca el camino para lograr estos propósitos. A este efecto, apoya su programa operacional en cuatro rubros esenciales:

- Creación de una división de salud que imparta enseñanza y asistencia, asimismo, que haga investigación en todos los campos de la salud (medicina, odontología, farmacia, enfermería, tecnología médica), formando profesionales con una mentalidad similar y con un objetivo común, sin los distingos artificiales y convencionales que han caracterizado a esas profesiones hasta ahora. «Se pretende transformar la antigua estructura de la universidad constituida por facultades profesionales aisladas, cuya única tarea es la de formar individuos habilitados preferentemente para la explotación personal y comercial de las profesiones» (11).
- Desarrollo de un departamento de medicina preventiva y social que se encargue de modelar un nuevo tipo de médico, sensible a los problemas sociales, capaz de orientar a la comunidad en que trabaja por el camino que conduce a la superación de su salud y, por ende, a su mayor desarrollo.
- Formación de un personal docente capaz, dedicado a la docencia, asistencia e investigación, primordialmente, y humanamente dotado.
- Construcción física y establecimiento académico de un verdadero hospital docente, donde las actividades mencionadas arriba puedan desarrollarse eficazmente, y que constituya el centro neural de un verdadero sistema de regionalización de servicios de salud.

Con estas bases, es posible lograr lo propuesto por un educador médico latinoamericano en la III Conferencia Mundial de Educación Médica celebrada en Nueva Delhi en 1966: «Es necesario considerar la enseñanza de la medicina en función de los recursos y las condiciones del país; el problema de inducir en la mayor parte de los países en desarrollo a los médicos a que trabajen en zonas rurales, la conveniencia en esos países de un equipo sanitario compuesto de médicos, enfermeras, ingenieros sanitarios, odontólogos y personal auxiliar, y la importancia de considerar la enseñanza de la medicina no como un fin en sí misma, sino como un medio para mejorar la salud de la comunidad» (14).

Si se considera que aun en los países plenamente desarrollados se establece la necesidad de formar médicos para el servicio de la comunidad, más ostensible es aún esa necesidad en los países en desarrollo. La Asociación Americana de Colegios de Medicina establece entre los objetivos de la enseñanza médica «inculcar el sentido de responsabilidad profesional del médico frente a las comunidades y la sociedad y una comprensión de los principios éticos conforme a los cuales debe realizar su trabajo profesional» (4).

Nuestras facultades de medicina han persistido en trabajar independientemente de las otras facultades del área de la salud, en consecuencia, han estado formando médicos orientados fundamentalmente hacia la medicina individual y curativa, esto es, al ejercicio privado de la medicina. Estamos de acuerdo con quienes sostienen que, en los países donde solo un pequeño sector de la población puede pagar los servicios de salud, es obvio que este tipo de educación médica no responde a las necesidades reales de la sociedad (6). Es necesario basar la

confección de los curriculares de estudios médicos en las condiciones de salud del país y cambiarlos, progresivamente, en lugar de calcarlos de patrones foráneos o tradicionales sin el razonamiento adecuado. Las conferencias de las facultades de medicina latinoamericanas, y ahora las panamericanas, son un excelente vehículo de información al respecto, siempre que las conclusiones se adapten a las circunstancias particulares de cada país.

Por otra parte, se observa el descenso ya notorio en los países desarrollados de la tendencia a la especialización y la vuelta gradual, en consecuencia, al médico básico, indiferenciado, o al médico «de familia». Entre nosotros, los más necesitados de esta rectificación, hay una paradójica resistencia a aceptar la reaparición del médico «de familia», aun en algunos educadores médicos que preconizan como objetivo de la educación médica la formación de un médico general (15) un concepto no necesariamente excluye al otro. Solo es necesario establecer, según el grado de desarrollo y de necesidades de cada país, cuál es la proporción que se necesita de médicos generales y de médicos especialistas. En Honduras, obviamente, no es el segundo el que más se necesita (8).

Estamos conscientes de que es preciso inculcar desde los primeros años de la carrera la noción precisa de lo que se define como *medicina integrada*, aunque el concepto nos parezca un tanto abstracto (5). La división de la salud contemplada en el plan de desarrollo de nuestra universidad (y señalada como tema oficial de la próxima Conferencia Panamericana de Educación Médica) es el camino más corto.

Rosinsky y Spencer, en un excelente estudio al respecto, identifican el concepto de *médico general* como el equivalente,

en los países en desarrollo, al *assistant medical officer* que ellos consideran indispensable para las labores de prevención y promoción de la salud en sus comunidades (12).

En resumen, las facultades de medicina no deben perder de vista el concepto de que la atención médica es un derecho humano y, por lo tanto, se procura que llegue a la totalidad de la población del modo más eficiente posible, tomando en cuenta tanto al individuo como a la familia y a la colectividad (16). Establecer las normas para cumplir con este postulado es labor de las comisiones técnicas de las escuelas.

Con estas bases y conceptos, las universidades y las escuelas de las profesiones de la salud estarán más capacitadas para cumplir su función en el desarrollo del que hemos hecho mención.

Universidad implica un concepto de unidad y universalidad al abarcar un conjunto amplio y completo tanto de intereses como de disciplinas científicas (3).

Finalmente, transcribimos parte del mensaje del distinguido exrector universitario colombiano citado al principio: «La Universidad es depositaria de unos valores que la tradición ha ido acumulando, pero también de los valores nuevos cuya vigencia es imprescindible en una sociedad dinámica. Una política cultural bien orientada será aquella que capacite a la Universidad para darle la teoría a un pueblo y le enseñe a aplicarla» (10).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alessandri H. Introducción al estudio de la educación médica. Seminario de Formación Profesional Médica. Santiago; 1960, p. 13.
2. Alessandri H. Introducción al estudio de la educación médica. Seminario de Formación Profesional Médica. Santiago; 1960, p. 15.
3. Anderson G. Teaching of public health in a university. *Bol. Of. San Pan*; 62(111), 1967.
4. Bridge E. Objetivos de las escuelas de medicina. *Pedagogía Médica*; 1965, p. 176.
5. Behavioral Science and Medical Education in Latin America. The Milbank Memorial Fund Quarterly; 1966, p. 177.
6. Jiménez-Arangü A. Educación médica y cuidado de la salud en países en desarrollo. *Ed. Méd. y Salud*; 1(19), 1966.
7. Mckeown Th. Medicine in modern society. Hafner Publ. Comp. Nueva York; 1966.
8. Medical education in the developing countries. *Journal of Medical Education*; 41(61), 1966.
9. Patino JF. La Reforma de la Universidad Nacional de Colombia; 1966, p. 5.

10. Patino JF. Hacia la universidad del desarrollo; 1966, p. 17.
11. Patino JF. Hacia la universidad del desarrollo; 1966, p. 75.
12. Rosinski E, Spencer F. The assistant medical officer. Prensa de la Universidad de Carolina del Norte; 1965, p. 94.
13. Seminario de Formación Profesional Médica. Informe de Grupos. Santiago; 1960, p. 27.
14. Tercera Conferencia Mundial sobre Enseñanza de la Medicina. Crónica OMS; 21(525), 1966.
15. Ugarte LA. El médico general, el médico básico, el médico de familia y el especialista. *Ed. Méd. y Salud*; 1(206), 1966.
16. Urzua H. Integración de la medicina preventiva y social en las distintas escuelas de una Universidad. *Bol. Of. San. Pan*; 62:(232), 1967.

EDUCACIÓN, SALUD Y DESARROLLO*

Con los párrafos que siguen se pretende iniciar una etapa de concientización a los profesionales y estudiantes de las ramas del área de la salud, acerca de la necesidad de cambiar totalmente las estructuras académicas y administrativas de la universidad en el campo de la salud, como única forma de poder promover el desarrollo del país mediante una adecuada formación y distribución de los recursos humanos en salud.

Es preciso establecer un orden en esta discusión, que se nos ocurre así:

- Conceptos hacia los que la facultad debe orientarse para revisar sus objetivos y metas.
- Situación actual de la forma en que la Universidad cumple sus funciones en relación con el país.
- Ideas que deben implementarse como planes operacionales para lograr los objetivos enumerados.

* *Nota de las compiladoras:* Este artículo se ha tomado de la *Revista Médica Hondureña* [vol. 36, 1968] y está bajo una licencia Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

En la actualidad, las profesiones de salud que pueden alcanzarse en la Universidad son las siguientes:

- Carrera de Farmacia, en la Facultad de Química y Farmacia.
- Carrera de Odontología, en la Facultad de Odontología.
- Carrera de Medicina, y las recién creadas carreras de,
- Enfermería (licenciatura).
- Microbiología (licenciatura).
- Psicología (licenciatura).
- Técnicos de Laboratorio Clínico, todas en la Facultad de Ciencias Médicas.

En consecuencia, se producen en la UNAH siete tipos diferentes de profesionales, todos destinados a trabajar en el campo de la salud.

Para el país y las comunidades esto supone siete personas que trabajarán aisladamente, independientemente unos de otros, con cierta frecuencia en antagonismo unos con otros, sin una concepción clara de su papel, sin poder resolver por sí solos una buena cantidad de problemas médicos y no médicos. Significa, además, el enfrentamiento de una comunidad con un profesional «científico», pero sin sensibilidad humana, sin preparación humanística, sin formación social, sin fundamentos psicológicos que lo capaciten para comprender a sus semejantes en nada que no sea la interpretación fría de sus síntomas orgánicos.

Para el Estado significa el empleo no racional de profesionales, a menudo sin una adecuada correlación numérica entre unos y otros; en otras ocasiones significa, por ejemplo, nombrar para cargos de administración en salud a profesionales no

preparados en la ciencia administrativa. Esto representa, en suma, una subutilización de los recursos con una erogación alta en relación con los presupuestos nacionales, que no compensa en beneficios a la comunidad, teniendo como consecuencia inmediata una deficiente prestación de los servicios de salud, que siguen siendo entonces un privilegio para unos pocos en lugar de ser un derecho al alcance de todos.

Para la universidad mantener en funcionamiento siete carreras significa dispersión, siete veces magnificada, de las erogaciones en administración, plantel docente, equipos y, a veces, planta física. Se traduce, además, en objetivos disímiles, en filosofía educacional diferente, en técnicas pedagógicas de distinto nivel, lo cual lleva a un producto totalmente discordante con los del resto de los miembros del «equipo de salud».

La consecuencia de todo esto está a la vista. La salud del pueblo de Honduras sigue siendo precaria. Los problemas sanitarios de 1970 prácticamente son los mismos desde hace 25 años; con un pueblo enfermo es ilusorio pensar en soluciones inmediatas a nuestro espantoso subdesarrollo. El egresado universitario de la década del 70 que estamos iniciando es un mejor «científico», pero es tan incapaz de promover el desarrollo como el egresado de la universidad de la era preautónoma.

Con el afán de encontrar otro camino, la universidad aprobó un plan de desarrollo en 1967, varias de sus metas se han cumplido o están en vías de cumplirse, pero la meta fundamental aparece aún lejana: la reforma académica y administrativa en su aspecto radical, esto es, la supresión de las facultades aisladas para dar paso a la creación de divisiones que abarquen áreas más amplias del saber humano, no se ha emprendido. Tenemos temor ante las resistencias personales

que existen, no queremos provocar el descontento de los apegados a la tradición; tememos destruir el inoperante sistema de esos pequeños leudos intocables, que no otra cosa son las facultades actuales más que verdaderas «torres de marfil» (2), inaccesibles al hondureño común e incapaces de ir al encuentro de las mayorías ciudadanas y de sus necesidades apremiantes.

El plan de desarrollo mencionado ordena la creación de una división de ciencias de la salud, la cual impartirá enseñanza a estudiantes de diversas profesiones y producirá equipos de trabajo en lugar de individuos aislados. Por ejemplo, deberá producir un equipo dotado de un médico, una enfermera, un odontólogo, un farmacéutico para comunidades como nuestras cabeceras departamentales; atenderán, en equipo, los problemas de salud hasta alcanzar la meta común. Deberá integrar equipos más modestos para comunidades más pequeñas, el grupo deberá incluir técnicos auxiliares paramédicos para ciertos centros de salud y hospitales, deberá contar incluso con ingenieros sanitarios, microbiólogos, psicólogos para ciertas comunidades con problemas específicos de salud o para enfrentar epidemias, etc.

Además de unificar recursos, estas divisiones o centros ofrecerían la ventaja de formar y adiestrar a los alumnos dentro del espíritu de trabajo en equipo y con una visión multidisciplinaria de los problemas de salud (9). Para ello, es fundamental lograr la cooperación de todos los sectores comprometidos, sin egoísmos ni celos absurdos. «De no ser esto posible significaría la negación misma de la Universidad» (9). Y, como afirma un destacado educador médico colombiano, una universidad concebida exclusivamente como institución destinada a formar técnicos y profesionales, que solo trans-

mite información o conocimientos ya vigentes, estructurada como un conjunto o agregado de escuelas independientes y desconectadas unas de otras, corre el riesgo de desaparecer; quizás deba desaparecer (6). Ese es el fundamento establecido en el plan de desarrollo.

Sin embargo, en la universidad para el desarrollo no se trata únicamente de cambiar planes de estudio ni sistemas administrativos, implica transformaciones mayores para hacer realidad los objetivos. Nos proponemos someter a la consideración del demo universitario los siguientes conceptos fundamentales:

- La universidad tiene como misión esencial contribuir al desarrollo y bienestar de toda la comunidad. Debe ser realmente un agente de cambio, debe producir discontinuidad.
- La división de ciencias de la salud debe buscar la promoción y avance de los conocimientos en salud de Honduras (investigación), debe transmitirlos (docencia) y debe asesorar a las entidades respectivas para la utilización de los resultados de las investigaciones (5, 7).
- Debe entenderse la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo como la ausencia de enfermedad.
- Debe considerarse la enfermedad no solo como una manifestación de un trastorno orgánico, sino que su estudio debe alcanzar el análisis de los factores sociales, económicos y culturales (8) que mantienen al hondureño en un estado de subactividad y de incapacidad de producción.

- Debe abandonar de una vez por todas la tradición de adoptar planes y sistemas importados o «aconsejados» en reuniones donde participan países con situaciones y objetivos diferentes de los nuestros. Lo que debe contener el *currículum* debe estar basado en la situación nacional, tanto en el área específica de salud como en lo referente a sistemas de vida, organización social deseable, características peculiares de personalidad del hondureño y conocimiento de los fenómenos sociológicos del hombre del campo y del hombre de la ciudad de nuestro país.
- Debe encomendar la sublime función de modelar y motivar las mentes jóvenes a docentes dedicados exclusivamente a la enseñanza y la investigación, a verdaderos maestros que hagan vida universitaria auténtica y que hagan de esta función el objetivo y razón de su vida útil.
- Debe abandonar la idea de que la producción de médicos y otros profesionales de salud en la forma tradicional llenarán algún día las necesidades de nuestras más apartadas comunidades. Debe enfilarse, desde ya, su pensamiento a la creación de profesionales intermedios, de personal auxiliar, de personal «de batalla» para el campo y la zona rural y no exclusivamente para el sofisticado ambiente del consultorio privado y del hospital equipado con todo lo necesario (el número de hospitales estatales en Honduras no llega a 20 actualmente, solo uno tiene un equipo regular).
- Debe abandonarse la idea de planes de estudio rígidos y de la noción de que para graduarse todos tienen forzosamente que aprobar el mismo número de asignaturas, todas ellas obligato-

rias, todas ellas estereotipadas, como si todos los estudiantes tuvieran igual capacidad de aprendizaje y fueran todos destinados al mismo tipo de ejercicio profesional.

Concebimos entonces la función universitaria en el campo de la salud como enfrentada a una serie de necesidades a las que nos proponemos buscar solución mediante los análisis y estudios adecuados, con la imprescindible cooperación de todos:

- a. Creación de la división de la salud, centro de ciencias de la salud o facultad de ciencias de la salud, como resultado de la desaparición de las tres facultades y siete carreras independientes actuales, junto con las que puedan agregarse en el futuro.
- b. Elaboración del *curriculum* de esas carreras, con base en el estudio de:
 1. Situaciones de salud de las comunidades en Honduras.
 2. Tipo de ejercicio profesional actual vs. tipo de ejercicio profesional efectivo para el país en general.
 3. Recursos humanos y materiales existentes alcanzables a corto plazo.
- c. Consideración de la medicina como una disciplina social y no como un campo del saber enmarcado en lo biológico (el objetivo de la medicina es el hombre como parte de la comunidad y no como ente aislado). En consecuencia, las ciencias de la conducta, la medicina social y la medicina preventiva deben salir de los pequeños rincones en que se las acomoda en los curriculares, y ocupar igual jerarquía e intensidad de

estudio que las ciencias básicas o las clínicas. Enseñar estos conceptos a lo largo de toda la carrera estrechamente vinculados a todos los demás programas docentes.

- d. Distinción entre materias obligatorias para todos y los cursos o disciplinas electivas, cuyo número debe aumentarse; con esto se creará un plan de estudios muy flexible, que permitirá a cada estudiante avanzar a la velocidad más acorde con sus capacidades y le facilitará escoger lo que más le interesa y más utilidad tendrá en su práctica, lo cual, además, facilita el proceso de aprendizaje.
- e. Inclusión de sociología, medicina social, medicina preventiva, antropología y las ciencias de la conducta en las carreras de Farmacia, Odontología y Enfermería, y no solo en Medicina (todos los egresados estarán así capacitados para funcionar como líderes de una comunidad, entendiendo esto como promotores del desarrollo nacional, como «agentes de cambio»).
- f. Cambiar el concepto vigente de «extensión universitaria», sustituyendo el actual por aquel que busca la labor de campo de estudiantes y profesionales en el campo hondureño (el Proyecto Lempira, de la frontera, y los trabajos de medicina preventiva en las Guanacias ilustran lo que entendemos por «extensión universitaria»).
- g. Reforzar el incipiente programa de educación continuada y convertir esta en una actividad permanente e intensa de la división.

- h. Implementar pronto una carrera corta para auxiliares médicos destinada a formar hombres sin brillo científico, pero ampliamente capacitados para enfrentar los problemas urgentes de salud en las comunidades más apartadas. Verdaderos técnicos de salud, sin requisitos científicos especiales, ni títulos de bachillerato pobremente desarrollados, ni pérdidas de tiempo en estudios generales o pre médicos, de beneficio no muy claro actualmente.

- i. Creación de una planta docente de exclusiva dedicación a la universidad. Creemos que con el mismo presupuesto actual de la universidad, o un poco más, puede reducirse sustancialmente el número actual de docentes a tiempo parcial y a medio tiempo para obtener, con un salario un poco mayor que el actual, una planta docente calificada que se olvide de otras actividades extrauniversitarias. Los departamentos de Fisiología y de Medicina Preventiva son una demostración actual de que es posible obtener profesores que no necesitan salarios altísimos para poder desempeñar una función honrosa y digna en la UNAH. La situación financiera de la universidad es una realidad que no debemos desconocer, pero no debe su-peditarse a ella el nivel de la prestación de servicios docentes.

- j. La función de investigación debe continuarse y ampliarse:
 - 1. Investigación de nuestra flora y fauna, como ya se hace.
 - 2. Investigación de nuestras enfermedades, de nuestras situaciones económicas, sociales y políticas.
 - 3. Investigación de las características sociológicas del hombre a quien la universidad se debe (4).

- k. La división debe trabajar estrechamente con todas las instituciones de salud (Ministerio de Salud, instituciones de seguridad social) y los planes de estudio deben ser revisados anualmente en relación con los cambios en los planes estatales de salud (3).

La promoción, prevención y recuperación de la salud es factor indispensable para que nuestros compatriotas puedan emprender las tareas que conducen al desarrollo y a la emancipación de las mayorías ciudadanas, hay un camino mejor que el actual para lograrlo y la universidad es la institución por excelencia para encabezar la marcha por ese nuevo camino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. San Martín H. Salud y Enfermedad. *Prensa Médica Mexicana*; 1968, p. 611.
2. Patiño JF. Education in the health professions to meet the needs of the nations. *Journal of Medical Education*; 43(221), 1968.
3. Ebert, R. The role of the medical school in planning the health-care system. *Journal of Med. Education*; 42(481), 1967.
4. Campillo C. Objetivos de la educación médica en México. *Revista de la Facultad de Medicina*; 10(13), 1967.
5. Martínez PD. Repercusiones sociales y económicas de la integración de la educación en las profesiones de la salud. II Conferencia Panamericana de Educación Médica; 1969.
6. Velásquez G. Conceptos y objetivos de la educación en las ciencias de la salud. II Conferencia Panamericana de Educación Médica; 1969.
7. Luna R. El porqué del cambio en la Facultad de Ciencias Médicas de Guatemala y en qué consiste; 1969, p. 8.
8. Universidad de Brasilia. Catálogo informativo; 1968, p. 9.
9. Villareal R. Problemas y tendencias de la educación médica en América Latina. *Educ. Médica y Salud*; 3(259), 1969.

REORIENTACIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA*

Los patrones de educación médica han sido sometidos a diversos cambios en los últimos años, desgraciadamente, estos cambios no siempre han respondido a modificaciones que la sociedad experimenta, ni han llenado las nuevas necesidades de servicios médicos que necesita la población en nuestros países.

Así, vemos que alrededor de 1910, la medicina era considerada un arte y el médico de familia era el prototipo del profesional de salud; las tradiciones, sistemas de vida, costumbres, etc., contribuyeron a conformar a ese personaje que jugó un importante papel en la vida de la sociedad de entonces, posteriormente, el informe de Alejandro Flexner sobre educación médica revolucionó los patrones de formación profesional, y aún los del ejercicio de la medicina; desde ese entonces hasta la Segunda Guerra Mundial, los patrones de enseñanza dieron paso a la medicina de hospital, a la enseñanza clínica, acompañada algunas veces de una regular formación básica preclínica; el especialista y el médico clínico hospitalario sustituyeron a la venerable figura del médico de familia. Después de la segunda conflagración, muchas cosas cambiaron en el mundo y en la

Nota de las compiladoras: Este artículo se ha tomado de la *Revista Médica Hondureña* [vol. 39, 1971] y está bajo una licencia Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

* Conferencia introductoria, Seminario sobre Enseñanza de Medicina de Comunidad, Managua, 1971.

sociedad, entre ellas la educación; facetas principalísimas de esa transformación la constituyeron datos tales como la introducción de ciencias matemáticas, un poco de psiquiatría, fue adquiriendo mayor importancia la enseñanza de la salud pública y la medicina preventiva, y un definitivo impulso y aumento en la intensidad de las llamadas ciencias básicas, especialmente la bioquímica y la fisiología. Finalmente, las instituciones médicas y educativas se han ido percatando de que ninguna de esas transformaciones fue oportuna en cuanto al momento de su aparición y, al menos en los países latinoamericanos, la implementación de estos planes se hacía cuando ya las necesidades habían aumentado o se habían modificado, haciéndoles en consecuencia inoperantes hasta cierto punto (1).

- I. En el panorama latinoamericano, y en no pocos países de desarrollo más avanzado, encontramos tres tipos de planes de estudios médicos:
 - Planes tradicionales.
 - Planes reformistas.
 - Planes innovadores.

Esta terminología es, por supuesto, arbitraria, pero nos parece que define bien el espíritu que ha animado a sus impulsadores (3).

- a. Los planes tradicionales han sido los conocidos de todos durante mucho tiempo, se caracterizan por no poseer objetivos claramente definidos, a menudo, existen ejemplos de escuelas médicas que no tienen absolutamente objetivos educacionales; los planes generalmente han sido «aconse-

gados» en reuniones internacionales, o más de un decano se ha entusiasmado con el plan que vio en la escuela tal o cual de un país mucho más avanzado que el suyo, con necesidades diferentes, con capacidades de recursos mucho más grandes, con estudiantes que tienen actitudes diferentes. Estos planes tienen una duración promedio de seis años y aparecen divididos en «materias» o «asignaturas», con barreras artificiales entre unas y otras, siguiendo toda una secuencia ordenada más o menos así:

- Semejante estructura ha dado por resultado un profesional estereotipado, que a menudo no encaja con las situaciones reales de salud de sus congéneres: profesional en cuya formación ha influido un enorme interés por los aspectos puramente científicos, con un completo abandono de los conceptos sociales, educativos, económicos y humanos que le son tan necesarios en su ejercicio profesional; médico para el sistema de vida de nuestros países, donde la salud no es un derecho humano al alcance de todos, sino más bien un privilegio para una élite, miembro él mismo de una élite afortunada que ha tenido acceso a las universidades, a menudo, inaccesibles para la mayoría.
 - Las presiones que ejercen los cambios que se operan en la sociedad, las demandas para una mejor asistencia en salud afortunadamente han influido para que el plan tradicional vaya siendo abandonado.
- b. Los planes reformistas traducen la inquietud de los educadores médicos latinoamericanos, sobre todo en la década del 60, por mejorar esa situación, propiciando los medios para

formar un profesional médico más acorde con la situación actual; en su oportunidad, su aparición significó un adelanto sustancial, pero al analizar su implementación, su desarrollo y, sobre todo, al prever sus resultados, es fácil percatarse de que aunque se han modificado algunas estructuras del plan tradicional, los objetivos en función de necesidades a llenar siguen siendo una meta lejana. En estos planes reformistas las escuelas han anunciado objetivos educacionales, pero en realidad, tales objetivos no fueron determinados con base en estudios de necesidades, continúan siendo pues, ideales deseables, pero no realidades determinadas objetivamente. Las principales innovaciones en estos planes son:

- Incremento de los estudios generales básicos, intensificación del uso de laboratorios y ejercicios prácticos en las ciencias preclínicas; sustitución gradual de la teoría por la práctica.
- Aumento del número de horas docentes en clínica para permitir la rotación de pequeños grupos de estudiantes alrededor de camas de hospital, dividiendo el área clínica en cuatro grandes secciones, con límites no muy claros entre ellas.
- Como consecuencia de lo anterior, sustitución del profesor horario por profesores de jornadas de trabajo mayor; aparición de los instructores.
- Innovaciones en métodos pedagógicos (seminarios, foros, discusiones de grupo, etc.).
- Inclusión de medicina preventiva y de ciencias de la conducta en proporciones cada vez mayores en el *currículum* de estudios.

- Nos parece prever un resultado mejor que con el plan anterior en lo que se refiere al funcionamiento de los profesionales de salud en nuestros países, sin embargo, nos parece que el profesional médico, así formado, continuará sin acercarse a los problemas cuya solución se espera de él.
 - La mayor ventaja que los planes reformistas pueden traer es el de haber enseñado a las universidades que una verdadera reforma no significa simplemente modificar los planes de estudio, ni propiciar mayores facilidades de aprendizaje a los estudiantes; el concepto de *reforma* implica un contenido más amplio, que se base fundamentalmente en el conocimiento de muchos otros aspectos de la vida de nuestras comunidades.
- c. Los planes innovadores constituyen una revolución, en este momento, en el campo de la educación médica, aunque no podemos garantizar desde ahora el tipo de resultado que habrá, pero evidentemente, con base en las experiencias obtenidas con los otros planes, tienen la ventaja de haber eliminado las desventajas y malos planteamientos habidos en el pasado, y prometen alguna equiparación entre el *curriculum* y la situación nacional. La Universidad de Brasilia, la Universidad del Valle en Colombia, y en nuestra Centroamérica, la Universidad de San Carlos en Guatemala han sido pioneras en esta nueva etapa de la educación médica. Si se han previsto acuciosamente todos los aspectos de la implementación, es posible obtener un profesional que se aproxime más a lo que nuestros países ansían. Por lo menos, en esta etapa, son evidentes las siguientes ventajas operacionales:

- Los planes no han sido improvisados, han sido, en los tres lugares mencionados, producto de una adecuada planificación, de encuestas y diagnósticos de salud. Como consecuencia de esos estudios previos, ha sido posible delimitar con precisión los objetivos que se persiguen, como paso previo y fundamental a la estructuración del plan.
- Se han eliminado las barreras artificiales entre cátedras y asignaturas, la medicina se enseña como un todo, y ello está a cargo de departamentos (en el caso Guatemala), o de grupos de docentes que pueden ocuparse de obligaciones en fisiología, como en clínica o en radiología (como es el caso Brasilia).
- Las ciencias de la conducta, el estudio de humanidades y sociología, ocupan lugar fundamental en el *curriculum*. Existe la tendencia a formar un profesional para el propio país, sin que en ello influyan aspectos extraños al medio.

II. Delineados los planes de estudio típicos en nuestros países, concluimos en que nuestras escuelas médicas han adolecido de los siguientes defectos en el cumplimiento de su cometido:

- a. Los planes de estudio no están elaborados con base en objetivos.
- b. No están ajustados a la realidad nacional.
- c. No se han planificado tomando en cuenta los recursos de los que va a disponerse para su implementación.
- d. A menudo son planes estáticos, no tienen flexibilidad, cada modificación que se intenta implica costosas y dilatorias tramitaciones.

- e. No han sido discutidos con todos los sectores interesados, los grupos directivos consideran que es su exclusiva responsabilidad; no se prevén entonces las reacciones que se van a encontrar entre profesores, estudiantes y comunidad.
- f. La planificación de un curriculum no va paralela a la planificación del presupuesto que va a necesitarse, ni a la formación docente de profesores en cantidad y calidades adecuadas.
- g. Absoluta desconexión entre las facultades de medicina y los organismos que hacen los planes de salud en los gobiernos.
- h. Formación de médicos, de odontólogos, o de enfermeras en forma aislada, a cargo de unidades universitarias diferentes, creando profesionales con concepciones distintas e independientes entre sí; ausencia del sentido de equipo en la educación en el área de salud.

III. Con base en todo lo anterior, sometemos a discusión del seminario las siguientes propuestas:

- a. Las universidades deben ordenar el proceso de elaboración de planes de estudio o de implementar reformas educacionales, comenzando por el establecimiento de un conocimiento exacto de las necesidades en salud de su propio país.
- b. Deben definirse claramente los objetivos educacionales que se persiguen, estableciendo para ello:
 - Diagnóstico de salud de las comunidades (inciso a).
 - Establecimiento de recursos humanos y materiales con que se cuenta o que pueden obtenerse.

- Exploración de las actitudes estudiantiles hacia los patrones de enseñanza actuales y los que se proponen.
- c. Inclusión en el *currículum* conocimientos sobre sociología centroamericana, su situación económica, incluyendo las verdaderas causas de la dependencia y el atraso económico de los países del área; inclusión de enseñanza de medicina social en sustitución del reducido campo conocido como medicina preventiva, integración de las ciencias de la conducta, no como ciencias aisladas sino, como parte fundamental de las clínicas, de la salud pública, y, aún de las áreas básicas o preclínicas (2).
- d. Revisar el concepto de «cátedras» y «departamentos». Nos parece que la medicina debe enseñarse como un todo, sin el establecimiento de límites arbitrarios y no muy precisos.
- e. Desaparición del concepto tradicionalista de «facultades de medicina», «odontología», «enfermería», etc., para dar paso a divisiones que cubran áreas mayores del saber humano, en este caso, divisiones o facultades del área de la salud con los propósitos principales siguientes:
- Economía de recursos humanos y materiales.
 - Filosofía uniforme en cuanto a la formación de profesionales que trabajarán en el mismo campo.
 - Formación de equipos de salud en lugar de profesionales aislados.
- f. Las universidades deben enfocar su atención, aún más, en la implementación de carreras cortas para la formación de profesionales intermedios; el verdadero técnico de salud

para el desarrollo de nuestras comunidades parece ser la enfermera auxiliar en lugar de la licenciada, el auxiliar médico en lugar del doctor en medicina, el técnico de laboratorio en lugar del microbiólogo; las carreras tradicionales deben mantenerse, por supuesto, pero la formación de personal intermedio, «de batalla» parece en este momento ser una necesidad perentoria sobre todo en las comunidades rurales (2).

La educación debe salirse de las aulas, laboratorios y hospitales; la escuela de medicina o las facultades de ciencias de la salud deben irse a la comunidad, a los centros y subcentros de salud rurales, al propio campo centroamericano, para que el profesional que allí se forme se identifique desde su etapa inicial con los ambientes donde más se le necesite, y con aquel sector de la población hacia el que la universidad (como parte del Estado), está más obligada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cope O. Medical education reconsidered. Instituto Tecnológico de Massachusetts; 1966.
2. Haddad T. Educación, salud y desarrollo. *Revista Médica Hondureña*; 38(69), 1970.
3. Máquez M. Seminario sobre Determinación de Objetivos Educativos. Tegucigalpa; jun. 1971.
4. Patino JF. Educación en las profesiones de salud. *Journal of Medical Education*; 43(221), 1968.

CONOCIMIENTO, DESARROLLO Y REFORMA UNIVERSITARIA*

Esta mañana es histórica en la vida de la Universidad. Somos partícipes de un acontecimiento que no es solamente un hilo en el desarrollo de esta institución a la que amamos, sino que es un hecho que marca el inicio de una nueva etapa en el proceso mediante el cual la UNAH avanza hacia el alcance pleno de su misión y sus objetivos. Y es que la historia de la humanidad está dividida en etapas, cada una de las cuales está signada por hechos trascendentales y por acontecimientos que han sido relevantes para su progreso y para que sea capaz de alcanzar sus objetivos y propósitos; algunas ocasiones se ha tratado de hechos políticos o de movimientos sociales de amplias repercusiones, incluyendo guerras y tragedias devastadoras; en otras, el elemento predominante ha sido de naturaleza religiosa, o económica, o cultural o científica.

Así nuestros ancestros mayas organizaron su civilización alrededor de sus creencias y mitos, lo que asociaban a su conocimiento empírico y a su interpretación de los fenómenos de astronomía, de las fases de la luna, de los cambios del clima

* Discurso del doctor Jorge Haddad Q., presidente de la Comisión de Transición de la UNAH, en el acto de lanzamiento de la Plataforma Tecnológica de la UNAH.

y su relación con la productividad y las cosechas; al mismo tiempo, en el otro lado del mundo, cosas semejantes ocurrían con los egipcios, los árabes y otras civilizaciones del mundo de esa época; posteriormente, los griegos fundamentaban sus principios de vida en el desarrollo del conocimiento científico y la investigación; los romanos, luego, recopilaron la experiencia de las culturas que les habían precedido y se lanzaron a la expansión de su imperio a través del afianzamiento de su poderío político y económico, la conquista militar, el comercio y su bonanza económica. En la Edad Media, el Renacimiento vio florecer el arte y la cultura, y lo esparció por el mundo desde Florencia, su orgulloso centro de la vida y desarrollo humano y cultural. El siglo XVII vio nacer la imprenta y con ella la coyuntura extraordinaria para difundir el conocimiento por la vía escrita, y de proveer a las generaciones de nuevas oportunidades de aprendizaje de la ciencia, el arte y la cultura. Los siglos XVIII y XIX fueron la época de las universidades, de las grandes bibliotecas y laboratorios, de los inventos asociados en muchas ocasiones a los cambios sociales que ocurrían en el mundo, esencialmente en los países de la Europa central. Finalmente, la etapa contemporánea (siglo XX) fue testigo de un desarrollo sin precedentes de las ciencias y de la aparición de la tecnología aplicada a la educación, al desarrollo de la salud, al desarrollo agrícola para la producción de alimentos y a la aproximación gradual, progresiva, a mejores niveles de bienestar de la humanidad.

Sin embargo, hay aún innumerables cuestiones sin resolver: por una parte, la cuestión de la equidad en la distribución del bienestar y de mejores condiciones de vida para todos. El espectro de la desigualdad continúa limitando el crecimiento,

obstaculizando el camino, cancelando las oportunidades, cerrando espacios. Por otra parte, la certeza de que el conocimiento debería ser un instrumento para el desarrollo, para completar, para potencializar bondades y alegrías de vida resuelta invalidada ante la demostración palpable de que, igualmente, el conocimiento también puede ser utilizado para producir. Pero todas estas etapas históricas tienen como denominador común la necesidad de continuar en la búsqueda en el esfuerzo generador y en el desarrollo del conocimiento técnico, científico y cultural. En esta denominada «década del conocimiento», los universitarios tenemos entonces la responsabilidad y la obligación de continuar avanzando, profundizando, construyendo, consolidando y gestionando nuevos conocimientos que aporten al desarrollo humano y al alcance de mejores niveles de bienestar y de vida para todos.

Destrucción y muerte. Es una cuestión inherente al tipo de intereses y mentalidades que están a cargo de la gestión del conocimiento y la tecnología, en un determinado momento histórico y en un determinado escenario. A la par de los innumerales beneficios que la sociedad puede obtener del desarrollo de la ciencia y de la tecnología, también puede ocurrir, como ahora, que continúe pesando sobre la humanidad una amenaza sombría, ominosa de destrucción, como se ha demostrado recientemente en el mundo.

Es por ello que he señalado al comienzo de estas ideas sobre el hecho relevante que este lanzamiento de la Plataforma Tecnológica marca en la historia de la Universidad y sus opciones para el futuro. He querido convocar a los universitarios de mi país a juntar esfuerzos en un proceso de reflexión colectiva, de pensamiento creador, acerca de las posibilidades que tenemos

de hacer un buen uso de esta oportunidad de desarrollo científico y tecnológico que hoy se abre a todos, y de esforzarnos por evitar, por negar espacios, por impedir a toda costa la toma de decisiones equivocadas en la gestión del proyecto, que conduzcan a profundizar la desigualdad, a mantener un grupo de hondureños excluidos de los beneficios del progreso o, peor aún, a hacer un uso indebido, desviado, no humano, no hondureñista, de esta opción de progreso y de bienestar para todos.

Agradezco profundamente a los compañeros y a las compañeras trabajadores de la Universidad, que han empeñado su esfuerzo creador en la generación de este proyecto y en la preparación de los alumnos.

CRONOLOGÍA DEL DOCTOR JORGE HADDAD
QUINÓNEZ

Por Wendy Carolina Borjas



Año Académico 2023
Jorge Haddad Quiñónez

CRONOLOGÍA

1933	Nace el Dr. Jorge Haddad Quiñónez, en el Distrito Central de Honduras, siendo sus padres Antonio Haddad e Inés Quiñónez.
1957-1958	Se casa con la joven Martha Ilías y se gradúa con el título de Doctor en Medicina y Cirugía en la UNAH.
1959	Realiza estudios de posgrado en Gastroenterología en el Instituto de Gastrología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.
1963-1964	Forma parte del equipo de docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH. Cumpliendo la función de secretario, forma parte de la Comisión de Docencia de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH.
1966	Se desempeña como docente en la carrera de Medicina de la UNAH. Participa en el Comité de Selección y Admisión de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH.
1967	Se desempeña como miembro del Departamento de Bienestar Universitario, ocupando el cargo de secretario general, durante el periodo del decano Enrique Aguilar Paz en la UNAH.
1968	Es nombrado decano de la Facultad de Ciencias Médicas.

1968	Como decano, da su visto bueno al proyecto del Hospital Universitario, aprobando la compra de terrenos para la construcción del mismo.
------	--

1969	Es nombrado vicerrector de la UNAH por un periodo de tres años, a partir de agosto de 1969.
------	---

1974-1975	Es nombrado presidente del Colegio Médico de Honduras.
-----------	--

1977	Funge como primer director de la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de Honduras.
------	--

1979	En la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es nombrado miembro del Consejo Técnico Asesor del Centro Latinoamericano de la Salud.
------	---

1986	<p>Funge como director del Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá (Pascap), instancia descentralizada con sede en Costa Rica que pertenece al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS.</p> <p>Publica su libro <i>Manual de planificación de recursos humanos para la salud</i>, con la colaboración de Francisca de Canales.</p>
------	---

1986-1993	Brinda asesoría regional al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS en la sede de la organización en Washington DC, Estados Unidos.
-----------	--

-
- 1993 Gracias a la labor tan importante y de impacto en la educación de la salud, la OPS lo condecora con su máxima distinción: la medalla de oro.
-
- 1994 Regresa a Honduras y se desempeña como consultor nacional en desarrollo de recursos humanos en la OPS/OMS.
- Publica el título de *Educación permanente de personal de salud*, en colaboración con María Alice Clasen Roschke y María Cristina Davini.
-
- 1997 Nuevamente, junto con la OPS, publica el libro *Educación permanente de personal de salud: la gestión del trabajo-aprendizaje de los servicios de salud*.
-
- 2003 Representa a Honduras ante el Consejo Centroamericano de Acreditación de Instituciones de Educación Superior.
- Publica su libro de investigación *El desarrollo de los trabajadores de la salud*.
-
- 2004 Es miembro del grupo coordinador del Foro Permanente de Salud y Educación Profesional en Salud del Colegio Médico de Honduras.
-
- 2005-2008 Es nombrado presidente de la Comisión de Transición de la UNAH por el Congreso Nacional de la República de Honduras, siendo seleccionado de entre 102 candidatos.
-

2005-2008 Realiza la publicación de su *Plan general para la reforma integral de la UNAH*, en los informes anuales de la Comisión de Transición Universitaria

Junto con los miembros de la Comisión de Transición, contribuye en la publicación de uno de uno de los documentos más importantes de la UNAH: el *Reglamento de la Ley Orgánica de la UNAH*.

Organiza la restauración de la UNAH y sus centros regionales, nombrando y juramentando a los nuevos decanos y rectores de cada centro regional.

Realiza el nombramiento y juramentación del nuevo rector de la UNAH, después del ejercicio de la Comisión de Transición.

2012 La Universidad Nacional Autónoma de Honduras le otorga un doctorado *honoris causa* en Humanidades, en reconocimiento a su trayectoria profesional, laboral y personal dentro y fuera de Honduras.

2014 Por su dedicación en el ámbito de la docencia universitaria, es reconocido con la creación del Premio de Educación Médica Continua Dr. Jorge Haddad Quiñónez, por parte de la Comisión de Educación Médica Continua (Cenemec) del Colegio Médico de Honduras.

2015 Fallece el 7 de febrero de 2015 a causa de complicaciones producto de una neumonía.

-
- 2015 La UNAH le ofrece reconocimiento póstumo, de cuerpo presente, en el Auditorio Juan Lindo, agradeciéndole así el enorme esfuerzo y trabajo brindado a la comunidad universitaria y a la sociedad hondureña.
-
- 2017 Se realiza en su honor la inauguración del edificio de Ciencias de la Salud en San Pedro Sula, llevando el nombre de *Escuela Universitaria de la Salud UNAH-VS, Dr. Jorge Haddad Quiñónez*.
-
- 2023 La UNAH reconoce el trabajo del Dr. Jorge Haddad en pro de la educación superior en Honduras, nombrándolo personaje del Año Académico 2023.
-

ÍNDICE

NOTA DE LAS COMPILADORAS	5
Problemas de los estudiantes de medicina	7
El Hospital Materno Infantil: nuevas perspectivas en educación médica	19
Educación médica en los países en desarrollo	25
Educación, salud y desarrollo	33
Reorientación de la educación médica	45
Conocimiento, desarrollo y reforma universitaria	55
CRONOLOGÍA DEL DOCTOR JORGE HADDAD QUIÑÓNEZ	59

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

Rector: Francisco Herrera. *Vicerrector académico:* Óscar Arquímedes Zelaya

EDITORIAL UNIVERSITARIA

Director: Carlos Ordóñez. *Editor en jefe:* Carlos Aguilar. *Corrección de estilo:* Amy Paredes. *Portada:* Daniela Lozano. *Diagramación:* Luis Matute. Primera edición, diciembre de 2023. Ciudad Universitaria, Tegucigalpa, Honduras, Centroamérica.

Teléfono: (504) 2216-5100 / ext. 100351 / editorial.univ@unah.edu.hn /

ISBN: 978-99979-56-65-1

Queda rigurosamente prohibida, bajo las sanciones establecidas en las convenciones internacionales y leyes nacionales, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización escrita de la Editorial UNAH.

 Editorial
UNAH

Esta compilación de artículos es el resultado de una investigación documental en torno a la vida, obra y legado del doctor Jorge Haddad Quiñónez, quien fue nombrado como personaje del Año Académico 2023 debido a su trayectoria académica y profesional dentro y fuera de Honduras. En estos escritos, el doctor Jorge Haddad Quiñónez resalta la necesidad apremiante de ajustar la educación médica a las necesidades específicas de nuestra sociedad y país, al tiempo que ofrece una perspicaz visión para mejorar el sistema de salud en Honduras. Dicho lo anterior, este libro representa un tributo merecido a uno de los hondureños más destacados en su humanismo y su labor en beneficio de la comunidad hondureña.



www.editorial.unah.edu.hn

ISBN 978-99979-56-65-1



9 789997 956651