

II Seminario de Formación Profesional Médica

COMISION ORGANIZADORA

Presidente: Dr. Emilio Villarroel.

Secretario General: Dr. Salvador Díaz.

Integrantes:

Representantes de Facultades de Medicina, Colegio Médico de Chile y Servicio Nacional de Salud.

SECRETARIA EJECUTIVA

Dra. Cristina Palma

Dra. Gabriela Venturini

Dr. Francisco Quesney

Dr. José Quiroga.

Conclusiones conjuntas de los grupos de discusión sobre el temario propuesto en el Segundo Seminario de Formación Profesional Médica

9 al 14 de junio de 1969.

La idea conductora del plan de trabajo de este Seminario fue desde un comienzo, hace más de un año, la de contribuir al conocimiento y definición del número y tipos de profesionales que nuestro país necesita en consonancia con su realidad institucional, económica, social y cultural.

Las grandes áreas hacia donde se orientó el acopio de antecedentes y la discusión fueron las de: necesidades de salud y organización de la asistencia médica, las de recursos humanos y materiales para salud y la de formación profesional. Producto de esta visión del problema fueron los trabajos de la documentación básica, cuidadosamente preparados por especialistas de diversas disciplinas médicas y relacionadas, como demógrafos, médicos, enfermeras, estadísticos y sociólogos, que aportaron voluntariamente su concurso. Toda la información contenida en estos trabajos necesitaba, sin embargo, una coordinación e interrelación para alcanzar su máximo significado y utilidad en la etapa final de discusiones de los participantes del Seminario. Interpretando la conveniencia de esta integración, la Secretaría Ejecutiva preparó docu-

mentos de síntesis de los trabajos, que contemplaban elementos interrelacionados y secuentes en las tres áreas señaladas, en una secuencia que se estimó beneficiosa para el desarrollo integral del Seminario, pensando en el proceso lógico de un diagnóstico, un conocimiento de los medios para el hacer y la máxima penetración en el campo de la formación y previsión del personal y el cómo lograrlo.

La discusión de los grupos se orientó a través de guías preparadas ad-hoc, precedidos de un conjunto compacto de antecedentes pertinentes a cada tema.

El contenido de este informe es el producto de todo este proceso que culminó con la confrontación de ideas, experiencias y posiciones de las personas participantes en torno a las materias incluidas en el temario.

Este documento síntesis es el resultado de la integración en un todo, de los informes conjuntos de conclusiones de los seis grupos de trabajo sobre cada tema y de los informes originales de cada grupo.

A su vez los informes de conjunto presentados y aprobados en las sesiones plenarias, cons-

tituyen documentos resúmenes de las conclusiones que aportaron a ellos cada uno de los seis grupos.

Los problemas de Salud.

La identificación cualitativa de los problemas de salud en general es conocida, pero su cuantificación en términos de importancia relativa y consecuencias de su impacto en ausentismo, en morbilidad, en invalidez, etc., constituye un campo aún en estudio.

Los problemas de salud fueron analizados preferentemente con una sistematización que los ubica en dos grandes áreas: la del binomio madre-niño y la del adulto. Esta clasificación parece operativa pero tiene la desventaja de excluir problemas que afectan a la población en su totalidad.

Usando el criterio señalado se destacó el hecho de que, pese a su descenso, la mortalidad infantil y la mortalidad materna son notablemente elevadas. Los problemas de salud que llevan a la enfermedad y muerte a la embarazada, por causas específicas y por aborto son en gran parte evitables.

Los problemas de salud del niño están dominados por la patología infecciosa y la desnutrición, que además de constituir un problema de salud en sí, actúa como factor condicionante de un deficiente desarrollo mental con consecuencias definitivas. Los grupos reconocieron que el medio ambiente socio-cultural y económico tiene un efecto importante pero señalan también la contribución que puede hacer la asistencia médica preventiva y curativa en evitar la mortalidad perital y neonatal, que contribuye en forma ponderable a la mortalidad infantil.

Los riesgos de salud del adulto que afectan a la población en edad activa se señalaron en términos de su importancia como fenómenos evitables, caso de las enfermedades infecto-contagiosas, los accidentes, el alcoholismo y la cirrosis hepática, tan ligada a la causa anterior.

Hubo coincidencia unánime en la importancia de los accidentes que afectan por igual a todos los individuos entre 5 y 40 años y que plantean consideraciones en el campo de la prevención y sugieren la necesidad de dar a la educación una mayor importancia.

Un grupo manifestó preocupación por los problemas genéticos y las enfermedades degenerativas y sus perspectivas de incremento ligadas a la mayor expectativa de vida.

Y otro, destacó la importancia que reviste la patología menor que abulta la demanda de servicios y consume cantidad importante de recursos y que puede aumentar en el futuro, en

la medida que la percepción del estado de enfermedad sea más afinada y se traduzca en mayor demanda asistencial por conciencia de los derechos, por extensión de la cobertura, elevación del nivel de vida y menor marginalidad.

Entre los factores condicionantes de la situación de salud, los grupos destacaron preferencialmente los derivados de un bajo nivel de vida consonante con los insuficientes ingresos económicos, las deficientes condiciones de la higiene ambiental en el micro y macro ambiente y los niveles de educación. La ruralidad y la marginalidad dificultan la posibilidad de acceso a los servicios asistenciales y al aprovechamiento total de la acción médica y crean para la población riesgos particulares.

Por otra parte, un grupo señaló el hecho de que la asistencia médica no ha logrado cubrir la totalidad de la población y, en sí misma no cumple los requisitos deseables de calidad, cantidad y oportunidad, deficiencias que pesan más fuertemente en los grupos de población con más bajos niveles de vida y por ello mayormente expuestos a los riesgos de enfermedad. Este mismo grupo estimó que la calidad de la atención médica es deficiente por factores relacionados con el médico mismo, hecho que merecería investigarse acuciosamente con miras a determinar sus causas y cuantificar sus efectos.

En términos de jerarquización de los problemas desde el punto de vista de su solución, se conjugaron criterios tales como las posibilidades efectivas de resolverlos con técnicas de prevención, su gravitación en las edades jóvenes por su relación con el desarrollo y la producción, el volumen de la población afectada en términos de morbilidad y mortalidad, y el costo de la inversión en salud en relación al resultado en términos de enfermedades, invalideces y muertes evitadas.

De la aplicación de las posibles combinaciones de estos criterios, los grupos señalaron como prioridades importantes los problemas de salud del lactante, la mortalidad materna y el aborto, los accidentes, el alcoholismo y la cirrosis hepática, las enfermedades derivadas del mal saneamiento, la desnutrición especialmente infantil y la tuberculosis.

El papel del médico.

En cuanto al papel del médico frente al conjunto de elementos que conforman la situación de salud de Chile, los grupos concordaron en que no puede limitarse a su tradicional papel técnico, sino que debe constituirse en la conciencia crítica de estos problemas frente a la colectividad a la cual sirve. En este sentido, es su obligación estudiarlos integralmente y seña-

lar su magnitud y sus causas. La investigación y la solución de ellos no es tarea que el médico pueda emprender en forma aislada, sino que como integrante de un grupo multidisciplinario tanto en cuanto a personal de salud como de aquellos en que debe integrarse con profesionales y técnicos de disciplinas ajenas pero que se relacionan con salud.

En el desempeño de su rol técnico clínico específico está sometido al imperativo de realizar con máxima eficiencia una labor que va más allá del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad individual, para desempeñar un papel a través de la relación médico-paciente, que logre producir en el individuo y en el grupo familiar actitudes que contribuyan a mejorar el problema de salud que se proyecta de algún modo en la colectividad que rodea al paciente.

Se destacó la responsabilidad que le corresponde a la profesión médica en el funcionamiento de los servicios de salud y en la definición de la política de las instituciones que dan la asistencia médica.

En consecuencia debe influir para que estos servicios establezcan su política y proyecten sus programas considerando el contexto socio-cultural y económico del país. Esta responsabilidad lleva implícita la obligación de parte del médico, de que los Servicios a su cargo directo alcancen la mayor eficiencia.

Política de la Asistencia Médica.

La organización de la asistencia médica en Chile ha sido en medida importante, obra de la profesión médica, a diferencia de otros países.

Sin embargo, el conjunto de leyes y disposiciones legales han tenido cursos legislativos azarosos, y no han culminado en un cuerpo legal congruente que garantice una cobertura efectiva de toda la población en acciones de fomento, protección y recuperación de la salud.

Frente a esta situación hubo acuerdo unánime en los Grupos en considerar que siendo la medicina única e indivisible debe ejercerse a través de acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, a cargo de un equipo multiprofesional que se coloque al servicio de la salud de la colectividad. Por ello se consideró necesaria la definición de una política de salud para hacer realidad el concepto de salud integral. (En este aspecto se reconoció como un hecho positivo la creación del Servicio Nacional de Salud).

La traducción organizacional del postulado precedente, obliga a un compromiso de la co-

munidad nacional en el orden financiero y en el sentido de aceptar y comprender su papel en una medicina de esta naturaleza, a un compromiso doctrinario del Gobierno y a un compromiso de apoyo por parte de los profesionales y personal de salud.

La organización médico-asistencial para lograr la realización de los postulados de esa política es el Servicio Unico de Salud, propuesto por todos los Grupos.

Se insistió que un Servicio Unico de Salud, estructura que puede garantizar la cobertura a toda la población en cuanto a la aplicación de las técnicas de una medicina integral, eficiente, económica e igualitaria, debe tomar en cuenta las siguientes condiciones:

Un financiamiento adecuado y realista que permita efectivamente costear las acciones programadas. Su sostenimiento, asegurado por una ley especial, se debería lograr sobre la base de una tributación específica proporcional al ingreso o de los beneficiarios, superando la actual dependencia de los sistemas de previsión social.

Lograr la identificación de la comunidad con la Institución promoviendo una participación informada en su política, sus objetivos, sus acciones y su administración. Esta concepción permitiría la penetración mutua de la institución en la comunidad y de la comunidad en aquella.

Se señaló que la estructura debería considerar la participación de los diversos niveles internos en las decisiones y en el logro de sus objetivos y se hizo hincapié en la necesidad de crear conciencia y comprensión del significado de la Medicina Integral en el personal de las instituciones de salud, especialmente en los grupos profesionales. En el caso del médico, esta concepción debiera adquirirse desde la etapa de estudiante de medicina y estar presente más tarde en sus actos médicos individuales y en su apreciación integral de los problemas de salud y enfermedad.

Se destacó que la concentración de todas las acciones en una institución única, obliga a considerar una política de remuneraciones justas para el personal profesional y no profesional que, en conjunto con todo un sistema de incentivos, creen el sentido de pertenencia que es tan indispensable en este tipo de instituciones de servicio público.

Hubo consenso en señalar que una descentralización efectiva, no sólo en lo geográfico y estructural, sino en lo administrativo, es indispensable para crear las condiciones necesarias para el buen desarrollo de las labores técnicas.

En relación con el planteamiento del Servicio Unico algunos participantes hicieron observaciones con respecto a los procedimientos pa-

ra lograrlo y otros, a algunos aspectos probablemente negativos.

Así un Grupo estimó posible llegar a esa meta a través de reformas del actual régimen previsional, reformas que tendrían por objeto canalizar y concentrar recursos y uniformar las prestaciones médicas en un sentido amplio.

Otro Grupo haciendo notar algunos aspectos negativos del funcionamiento del Servicio Nacional de Salud actual, señaló que estos podrían aumentar proporcionalmente con la complejidad de la estructura propuesta. También se hizo referencia a la reserva que merece al médico el depender de un empleador único.

Proposiciones a corto plazo.

El estado actual de la asistencia médica de la población dista de ser satisfactoria y exige medidas de aplicación pronta y permanente mientras se haga realidad la existencia de un Servicio Unico de Salud. Los Grupos mencionaron las siguientes medidas y mecanismos:

1. Algunas medidas se señalaron también como requisitos para el Servicio Unico de Salud, tales como la incorporación de la comunidad y el personal a la filosofía, objetivos y administración del Servicio; la política de remuneraciones justas y la creación de incentivos de distinta naturaleza y de mecanismos para el perfeccionamiento técnico.

2. Una descentralización efectiva, en lo geográfico, en lo estructural, y también en lo administrativo.

3. Se reconoció que los problemas de salud pueden presentar complejidades distintas en las diversas comunidades y que ellos deben ser investigados en forma completa y sistemática. En consecuencia las estructuras de salud correspondientes a dichos niveles debieran contemplar una dotación adecuada de los recursos humanos y materiales implementados en equipos de complejidad concordantes con esos problemas y fácilmente accesibles a la población.

4. Se estableció que es necesario impulsar y promover la atención externa, ambulatoria y rural para alcanzar una mayor cobertura de la población.

5. Se señaló que otro factor que debería tenerse en cuenta es la distribución de los recursos, no sólo en el plano nacional, sino que también en cuanto a distribución para la atención cerrada y abierta, haciéndose notar que para lograr esta distribución deseada es indispensable reestudiar los incentivos necesarios, no sólo de orden económico sino también de tipo profesional. Para reforzar las acciones de fomento y protección se recomendó poner acento en la

educación de la comunidad en materia de salud.

6. Se señaló que para que estas recomendaciones sean operantes es indispensable contar con un sistema de regionalización asistencial expedito que favorezca la accesibilidad de la población a los diversos niveles de atención médica y que, por otra parte, permita una mejor utilización de los recursos concentrados en los grandes centros asistenciales.

Política de provisión de personal.

En el país no existe, en la actualidad, información suficiente sobre personal de salud en lo que se refiere a su número, tipo y distribución geográfica. Tampoco se conoce con exactitud las necesidades reales de salud de la población. Debido a esto hubo consenso en considerar la necesidad de investigar en forma acuciosa, sistemática y mantenida estos aspectos que están en constante cambio.

Los factores que se debe considerar para fijar una política de provisión de personal médico y de colaboración, a juicio de los Grupos, serían los siguientes:

1. El conocimiento de las necesidades de salud actuales y sus posibles proyecciones al futuro.

2. La fijación de las metas y objetivos de los programas de salud, de acuerdo con los niveles de asistencia mencionados en los puntos anteriores.

3. La estimación del personal necesario para lograr esos objetivos. En este aspecto deberá contemplarse no sólo un índice cuantitativo, sino una estimación de su calidad y productividad y su relación con los diversos niveles de atención.

4. La determinación de los recursos actualmente existentes, su cantidad, denominación y distribución geográfica.

5. La organización médico-asistencial en que este personal va a actuar considerando que el trabajo es un equipo multiprofesional cuya proporcionalidad debe también estudiarse, así como su relación con el número de habitantes.

6. En cuanto a la orientación de la formación de personal, varios grupos hicieron recomendaciones sobre la necesidad de formar al personal de salud con ciertas características comunes. Entre ellas, destaca la necesidad de formar un profesional adiestrado para el trabajo en equipo. Con el fin de lograrlo, se insinuó la posibilidad de integrar la docencia de varias profesiones de salud a nivel escuela básica y de ofrecer programas de entrenamiento para graduados.

7. Hubo acuerdo, también, en varios Grupos, en considerar necesaria una estrecha relación entre las instituciones de asistencia médica y las que forman los profesionales. Esta relación se refiere, en primer término, a la necesidad de coordinar la capacidad productora de profesionales con la capacidad empleadora de aquellas, lo que sugiere una toma conjunta de conciencia de que la formación de personal debe ser parte de la planificación de salud.

8. En cuanto al recurso profesional médico, se estimó que no era posible discutir el problema de la relación médico-habitante aislado del problema que significa la formación del resto del personal de salud. Desde luego, se reconoce que existe un déficit de prestaciones médicas que en parte se puede atribuir a escasez de médicos. El déficit del resto del personal de salud es aún más evidente. Sin embargo, no existen elementos de juicio suficientes como para hacer una proposición concreta al respecto. Dos grupos opinaron que la actual tendencia en la relación médico-habitante se debe mantener. Hubo, eso sí, consenso en estimar que cualquier decisión destinada a mejorar en forma importante la relación médico-habitante no debe hacerse a expensas de un detrimento en la formación de profesionales de colaboración.

9. Con el fin de obtener un incremento en la productividad del trabajo médico los Grupos estimaron necesario analizar las causas generales que influyen en la productividad y entre otras se señaló las siguientes:

Aspectos administrativos que la afectan, insistiéndose en la importancia del estudio por auditoría.

Factores relacionados con la satisfacción del médico en el trabajo.

Factores relacionados con la formación profesional del médico que debe desarrollar una medicina integral.

Para aumentar la productividad del trabajo médico se propusieron las siguientes medidas:

Programación permanente de las acciones de salud.

Cumplimiento de los horarios contratados.

Redistribución de las horas médicas de acuerdo con las modalidades de atención que requiere la población: atención abierta, cerrada, domiciliaria y de urgencia.

Extensión optativa de los horarios contratados a ocho horas diarias.

Delegación de algunas acciones médicas en personal de colaboración bien capacitado para ello.

Racionalización del trabajo del equipo de salud en los distintos niveles.

Participación de los docentes en labores asistenciales.

Ajuste del horario de trabajo a las necesidades del público.

Disponibilidad de personal administrativo auxiliar.

Abastecimiento y distribución suficiente y oportuna de equipos y materiales.

Concentración de la jornada médica en áreas gráficas.

Crear incentivos entre los que se menciona la carrera funcionaria y un adecuado sistema de calificación. Hubo desacuerdo respecto al valor de los incentivos de carácter económico como elementos de motivación.

Los Grupos insistieron en la conveniencia de realizar la asistencia médica sobre la base de un equipo de salud configurado por una proporción de diversos profesionales y personal de salud.

En general, se estimó que la ausencia de una información más completa impide definir más específicamente esta proporción y, por ende, estimar las necesidades de personal y sus prioridades.

Así y todo, hubo consenso en cuanto a que existe un déficit de personal de colaboración, agravado por su mala distribución geográfica. La formación de ellos debería tener prioridad sobre la formación de un número mayor de médicos.

Varios Grupos indicaron la necesidad de preparar personal de nivel universitario entrenado en Economía y Administración Médica.

Formación del médico,

Los Grupos consideraron que el objetivo de la formación médica de pre-grado debe ser preparar un médico general con comprensión integral del ejercicio médico no especializado, como el profesional que mejor se adapta a los requerimientos de nuestra realidad de salud actual.

Los Grupos intentaron definir o describir los requisitos mínimos que se consideran como los atributos de un médico general. Aún cuando a este respecto es difícil dar una definición que coincida con aquellas de cada Grupo, hubo mayoría en señalar las siguientes características:

Debe poseer una sólida formación técnica para resolver aquellos problemas de salud más prevalentes y aquellas urgencias médicas no derivables. Esto debe centrarse de preferencia en las cuatro disciplinas básicas, es decir, Medicina, Cirugía, Pediatría y Obstetricia.

Debe dominar, como base para lo anterior, el método científico.

Debe poseer una clara conciencia crítica de sus responsabilidades y una actitud activa frente a su comunidad, adquirida a través de una formación en ciencias sociales.

Debe poseer habilidades y actitudes positivas hacia el trabajo en equipo.

Debe poseer hábitos de perfeccionamiento continuo.

Debe manejar algunas técnicas y principios básicos de Administración.

Debe poseer una sólida formación humanística general que, según algunos debe ser en su mayor parte adquirida antes del ingreso a la Universidad y según otros, debe ser desarrollada simultáneamente con la formación profesional.

Hubo algunos grupos que agregaron otras características, como principios de ética, formación humanística general, principios de planificación y programación, etc.

Un Grupo planteó que para lograr un pleno aprovechamiento de este profesional, es necesario que cuente con el apoyo indispensable que proporciona un sistema adecuado de regionalización docente-asistencial.

Cabe mencionar que aun cuando la pregunta de la guía de discusión se refería al "médico básico o indiferenciado" los Grupos hablaron del "médico general".

Respecto a considerar la medicina general como especialidad, no hubo acuerdo.

La mayoría de los Grupos consideró que la medicina general no puede ser calificada de especialidad. Para ello se dieron los siguientes argumentos:

Si se estima que en el momento actual los objetivos de la formación de pre-grado son formar un médico general, no cabe definirla como especialidad.

La tendencia en Chile ha sido y es hacia la formación de especialistas.

La realidad histórica de la medicina chilena es ajena a la medicina general como especialidad.

Sin embargo, hubo acuerdo en estimar que el ejercicio de la medicina general debería ser estimulada en consideración a la importancia que alcanza el volumen de la demanda de atención médica que se puede resolver con estos profesionales. Se estimó que debería ser un período previo a la especialización.

Se reconoció que en la práctica médica existe una proporción de profesionales que continúan actuando como médicos generales. Hubo acuerdo en que era necesario promover el reconocimiento de las funciones que ellos realizan, señalar su valor y realzar su prestigio a través de la formación de post-grado programada y tutelada a fin de asegurar su perfeccionamiento continuo. En consecuencia, hubo también acuerdo en que era necesario la creación de cargos específicos de médicos generales que permita la carrera funcionaria.

Como una manera de contar con información

sobre el ejercicio de la medicina general, se planteó la necesidad de conocer la labor que efectivamente realiza el Médico General de Zona, que es el profesional que por definición y por la responsabilidad de su cargo ejerce esta modalidad de medicina.

Aún cuando no hubo una pregunta para analizar el problema de la selección del estudiante de Medicina, dos grupos, se preocuparon de este tema. Consideraron que era un pilar básico de la calidad final del médico, que los sistemas en uso deberían perfeccionarse a través de las técnicas actuales en este campo y que era conveniente crear Comisiones Permanentes de Selección en cada Facultad.

El curriculum que satisfaga a las exigencias de un médico con una concepción integral de la Medicina debe, en primer, lugar, tener un contenido general como el que ya se bosquejó anteriormente.

La mayoría de los grupos consideró que el curriculum debe ser planificado y sometido a permanente revisión, de forma que permita su constante adaptación a las exigencias variables de la formación profesional. Un grupo consideró que el curriculum debería ser flexible de manera que permita al alumno ciertas posibilidades de elección de materias y de trabajos de investigación.

Se puso énfasis en la necesidad de establecer las medidas para lograr la integración horizontal y vertical de la enseñanza. En este sentido hubo referencia específica a la integración de las ciencias básicas y las clínicas. Al mismo tiempo se planteó que era necesario estructurar el curriculum de manera que los temas se presenten en forma que las diferentes disciplinas puedan contribuir simultánea y coordinadamente a los objetivos.

Un grupo subrayó la necesidad de jerarquizar la extensión de cada tema de acuerdo a la importancia que él tenga en relación a las características de salud de la población.

Desde el punto de vista de las actividades prácticas, hubo varios que señalaron la necesidad de permitir a los alumnos la oportunidad de vivir experiencias semejantes a las que caracterizan la atención médica del país. Es por ello que hubo consenso en estimar como indispensable dar énfasis a la experiencia en atención externa, especialmente en áreas rurales.

Un grupo consideró que cualquiera que sean las características del contenido y métodos del plan de estudios, difícilmente se podrán llevar a la práctica si no existe una estructura y organización adecuadas dentro de la Facultad respectiva.

Finalmente, se recomendó coordinar la docencia médica con el resto de las profesiones de

las ciencias de la salud. Así se asegurará precozmente la integración del equipo de salud.

En relación a la definición de una política para la formación del especialista, hubo consenso en estimar que se carece de antecedentes suficientes para llegar a un pronunciamiento acerca del número y tipo de especialistas que el país necesita, excepto para aquellos donde el déficit es tan evidente que no exige mayor investigación.

También se reconoció que no existen estudios adecuados en relación con la definición de las especialidades, condiciones y requisitos del título ni acreditación de servicios para formarlos.

Lo anterior derivó en la recomendación unánime de impulsar los estudios que permitan planificar las necesidades de los distintos tipos de especialistas. Un grupo recomendó que para poder alcanzar una subespecialización, debe ser previo haber logrado la respectiva especialidad básica (Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia-Ginecología y Psiquiatría, Neurología).

Se consideró que el perfeccionamiento continuo debe ofrecer posibilidades a todos los médicos del país y que el sistema de regionalización docente-asistencial aparece como el instrumento que garantiza en mejor forma el cumplimiento de este propósito. Se recomendó impulsar el perfeccionamiento de este sistema.

Un grupo mencionó la formación de docentes como otra actividad de post-grado que debería preocupar a las instituciones respectivas.

Se reconoce que las Facultades de Medicina deben ser las ejecutoras y supervisoras de estas acciones de post-grado.

Para los propósitos de coordinar, planificar y asignar títulos se menciona la creación de una Comisión Permanente, con nivel inter-institucional. En esta Comisión deben estar representadas las Facultades de Medicina, el Colegio Médico de Chile y el Servicio Nacional de Salud. Algunos propusieron que también partici-

paran las Sociedades Científicas acreditadas. Otros sugirieron que además se incluyera a delegados de los profesionales en la etapa de perfeccionamiento. En la formación de especialistas y en el perfeccionamiento continuo deben participar los Hospitales Regionales, en la medida que éstos vayan adquiriendo mayor nivel docente, favoreciendo de esta manera la regionalización efectiva.

Todos los grupos coincidieron en que la actual Comisión Permanente de Formación Profesional Médica debería ser el organismo que se responsabilizara de estudiar y mantener actualizada la información acerca de los problemas de la atención médica y formación profesional.

Hubo consenso en que esta Comisión debe ser ampliada y reforzada y cumplir las siguientes funciones:

Coordinar la enseñanza.

Crear y mantener un centro de documentación.

Organizar el análisis y discusión de temas relacionados con educación médica.

Promover y ejecutar la investigación científica en este campo.

A esta Comisión deben pertenecer las Facultades de Medicina, el Colegio Médico de Chile y el Servicio Nacional de Salud. Un grupo pidió que se incluyera a otros Colegios de Profesionales de la Salud y la Facultad de Odontología.

Un grupo recomendó que las instituciones participantes en este Seminario se comprometan a hacer un adecuado aporte financiero para el funcionamiento de esta Comisión.

Finalmente, se destacó la eficiente organización del Seminario, al mismo tiempo que el esfuerzo que ha significado el largo proceso de preparación del material básico, todo lo cual obliga a felicitar y agradecer a la Secretaría General.