

Volumen 11, Número 4
1977

Educación médica y salud

1902-1977



75 ANIVERSARIO DE LA OPS

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

Educación médica y salud es una publicación trimestral de la OPS creada en 1966 para servir a los países del Continente en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en salud. En sus páginas se dan a conocer experiencias en el proceso enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones técnicas en el campo educacional. La revista incluye también una sección de noticias de interés en el campo del desarrollo de recursos humanos en salud y otra de reseñas de publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Colaboran con la OPS en la publicación de *Educación médica y salud* las siguientes instituciones:

UNION DE UNIVERSIDADES DE LA AMERICA LATINA
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES
(ESCUELAS) DE MEDICINA
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA
ASOCIACION LATINOAMERICANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGIA
FEDERACION LATINOAMERICANA DE ASOCIACIONES NACIONALES
DE ESCUELAS DE MEDICINA VETERINARIA
ASOCIACION DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA
DE AMERICA LATINA

El precio de la suscripción anual es EUA\$8.00 ó su equivalente en la moneda del país respectivo. Los pedidos deben enviarse a:

Oficina Sanitaria Panamericana
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C., 20037, E.U.A.

Otras publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud incluyen la revista técnica mensual *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, que se publica desde 1922; el *Bulletin* en inglés, publicado trimestralmente, que contiene selecciones del *Boletín* en español; *Salud Panamericana*, revista trimestral ilustrada (español e

inglés); el *Informe Epidemiológico Semanal*, con información recibida de los Gobiernos y de la OMS sobre casos de enfermedades cuarentenables y transmisibles en las Américas y en el mundo, y la serie de publicaciones especiales (*Documentos Oficiales, Publicaciones Científicas y Otras Publicaciones*).

Educación médica y salud

Volumen 11, Número 4
1977

- 339 Nota editorial—La Organización Panamericana de la Salud:
75 años de servicio

Artículos

- 346 Estudio sociocultural sobre integración de los sistemas de salud y
participación de la comunidad—*Héctor García Manzanedo*
- 362 Lo abstracto y lo concreto, lo disciplinario y lo interdisciplinario
en la enseñanza de las ciencias fisiológicas—*Rodrigo Yépez*
- 375 La enseñanza de la medicina interna en la formación del mé-
dico—*Carlos Monge y Carlos A. Vidal*
- 389 Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/
OMS para la Enseñanza Integrada de la Medicina Interna y sus
Especialidades

Reseñas

- 400 Enseñanza de las ciencias fisiológicas
- 408 Enseñanza de la medicina preventiva y social
- 412 Estudio sobre la educación continua

Noticias

- 421 XXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS
- 424 Reunión sobre Integración de la Enseñanza en Salud Materno-
infantil y Reproducción Humana
- 425 VII Consejo Latinoamericano de Farmacología
- 426 Curso de posgrado en enfermería

Libros

- 428 Publicaciones de la OPS y de la OMS
- 433 Otras publicaciones
- 435 Índice del Volumen 11 (1977)

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

Nota editorial

LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: 75 AÑOS DE SERVICIO¹

La historia de la Organización Panamericana de la Salud no es el simple relato anecdótico sobre los éxitos alcanzados por una organización. Desde su fundación, hace 75 años, el mejoramiento constante de la salud y la calidad de vida de las Américas constituyen uno de los progresos que se pueden lograr gracias al esfuerzo colectivo, la cooperación y la buena voluntad.

La OPS nació a principios de siglo, cuando el perfeccionamiento de los medios de transporte comenzaba a acortar las distancias en el mundo. Si bien sus primeros años fueron importantes, su actividad fue limitada y se centró fundamentalmente en las deliberaciones en torno a diversos problemas y la formulación de recomendaciones.

Con el paso de los años fueron aumentando las posibilidades de ejercer una acción dinámica y enfrentar con energía el desafío que planteaba el control y la erradicación de flagelos como la fiebre amarilla, la malaria y la viruela.

Al comienzo de su madurez como organización, la OPS vio aumentar sus responsabilidades frente a las naciones americanas en la prevención de las enfermedades contagiosas. La investigación médica revelaba las relaciones entre ciertas enfermedades y los insectos u otros vectores; se descubrían nuevas vacunas y la ciencia epidemiológica se perfeccionaba. La OPS puso en práctica estos nuevos conocimientos a través de amplios programas sanitarios y campañas de vacunación masivas. La erradicación de una enfermedad tan grave como la viruela — apenas un sueño hace 10 años— se ha convertido hoy en una realidad.

Alcanzada su madurez, la Organización Panamericana de la Salud mantiene su interés por los problemas tradicionales de la salud y una participación activa en los programas tendientes a resolverlos; además, brinda hoy a sus Gobiernos Miembros el asesoramiento de expertos, y cooperación técnica en campos de la salud y el bienestar social desconocidos a principios del siglo. Enfrenta los problemas actuales de la salud y del medio ambiente con los mejores expertos en cada disciplina, y con los más avanzados instrumentos de la ciencia. El camino recorrido desde principios de siglo ha sido largo.

¹Documento OPS/75/1, preparado por la Oficina de Información Pública de la OPS, diciembre de 1977.

Los primeros años

La Primera Conferencia Internacional de Estados Americanos, celebrada en Washington, D.C., en 1889-1890, fue el primer intento real por incluir el control de enfermedades en la agenda de una reunión convocada en principio para ocuparse de otros asuntos. En ella se creó una Comisión sobre Política Sanitaria Internacional, cuyo informe a la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos, celebrada en Ciudad de México en enero de 1902, se tradujo en la creación de la Oficina Sanitaria Internacional, el 2 de diciembre de 1902, la cual dio origen años más tarde a la Organización Panamericana de la Salud.

Se encomendó a la nueva organización que instara a todos los Gobiernos Miembros a que suministraran información sobre las condiciones de salud en sus países y los resultados de investigaciones y estudios científicos, en especial sobre brotes de enfermedades contagiosas. Además, la institución proporcionaría su más amplia ayuda para proteger la salud pública en cada Estado Miembro, "a fin de conseguir la eliminación de la enfermedad y facilitar el comercio entre las naciones".

El mandato que se dio a la joven organización fue el siguiente: "... estimular, ayudar o imponer todos los medios jurídicos a su disposición para el saneamiento de los puertos marítimos, incluyendo la introducción de mejoras sanitarias en el mejoramiento de la rada, el sistema de avenamiento, el drenaje del suelo, la pavimentación, la eliminación de la infección de los edificios, así como la destrucción de mosquitos y otros insectos nocivos".

Algo más tarde, se formaron comisiones de información sanitaria para comunicar a los Gobiernos Miembros las medidas adoptadas por las conferencias sanitarias internacionales. En apenas diez años, esta labor se convirtió en un combate de alcance hemisférico contra las enfermedades y las pérdidas humanas y económicas consiguientes.

Los representantes que concurrieron a la primera Conferencia Sanitaria que se celebraba después de la guerra, en 1920, se abocaron a la tarea de recuperar los años perdidos durante el conflicto, en los que el progreso en salud pública había sufrido un estancamiento forzoso. A la joven organización le esperaban nuevas responsabilidades.

Con un pequeño número de profesionales cedidos por diversos gobiernos y su primer empleado de oficina a sueldo, la organización instaló sus oficinas en un corredor de la sede de la Unión Panamericana, en Washington.

El Código Sanitario Panamericano

Entre las medidas tomadas durante este período, la más importante para el futuro de la salud del Hemisferio fue la adopción del Código Sanitario

Panamericano. La preparaci3n del documento fue confiada a la organizaci3n y en 1924, en La Habana, los Gobiernos de 21 rep3blicas americanas firmaron el tratado por el cual acordaban:

- prevenir la difusi3n de enfermedades en el 3mbito internacional;
- promover la adopci3n de medidas cooperativas tendientes a impedir la introducci3n y difusi3n de las enfermedades hacia o desde los pa3ses signatarios;
- estandarizar la recolecci3n de estad3sticas de morbilidad y mortalidad;
- estimular el intercambio rec3proco de informaci3n para mejorar la salud p3blica; y
- estandarizar las medidas que se aplicar3an en los puertos de entrada, en relaci3n con la protecci3n contra la difusi3n de enfermedades transmisibles.

Junto con la ratificaci3n del C3digo, se asign3 a la futura Organizaci3n Panamericana de la Salud una gama m3s amplia de funciones, como organismo coordinador de las actividades de salud en las Am3ricas.

La reestructuraci3n de la organizaci3n se produjo en un momento oportuno, ya que durante los 3ltimos a3os de la d3cada de 1920 y comienzos de los a3os 30, aument3 el n3mero de casos de fiebre amarilla en el Hemisferio. Gracias al esfuerzo conjunto de la Organizaci3n y de la Fundaci3n Rockefeller, se emprendieron campa3as contra el mosquito *Aedes aegypti*, logr3ndose pr3cticamente la erradicaci3n de la fiebre amarilla urbana. Adem3s, el Dr. Fred L. Soper, entonces funcionario de la Fundaci3n y m3s tarde Director de la Organizaci3n, demostr3 que la fiebre amarilla se presentaba en dos formas—selv3tica y urbana—y que los vectores de cada una de ellas eran diferentes.

Con el fin de proporcionar informaci3n cient3fica actualizada a los especialistas en salud de las Am3ricas se inici3 la publicaci3n del *Bolet3n de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Al mismo tiempo, aument3 el volumen de la correspondencia, que inclu3a respuestas a preguntas sobre diversas materias relacionadas con salud p3blica, planteadas por juntas de salud, autoridades y destacados m3dicos latinoamericanos.

El intercambio de esa valiosa informaci3n ha continuado aumentando. Actualmente la OPS publica cada a3o alrededor de 60 vol3menes peri3dicos y no peri3dicos destinados a diversos p3blicos. Por otra parte, la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) proporciona informaci3n a profesionales y bibliotecas de Am3rica Latina y est3 creando la base de un sistema internacional de intercambio cient3fico.

La formaci3n de personal de salud es otro objetivo que anima a la Organizaci3n desde sus primeros a3os. En 1939, otorg3 22 becas en salud p3blica. Durante los cuatro a3os siguientes, administr3 m3s de 200 becas para estudios en salud p3blica, medicina y ciencias afines. En 1976, la OPS concedi3 1,256 becas. En realidad, este importante programa y estas cifras no alcanzan a reflejar los esfuerzos desplegados en esta materia a nivel nacional e internacional.

Relaciones internacionales

A medida que se intensificaban los contactos internacionales en los años que siguieron a la Primera Guerra Mundial, se hizo más evidente la necesidad de establecer vínculos estrechos con las organizaciones de salud en el resto del mundo. Ya antes de 1910, la futura OPS entabló contacto con la Office International d'Hygiène Publique, con sede en París. Cuando se formó la Liga de las Naciones, los representantes de la Organización cooperaron con sus agencias de salud e intercambiaron con ellas información sobre el estado de las enfermedades transmisibles.

El Dr. Hugh S. Cumming, ex Director General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, que a partir de 1936 fue Director de la Organización, asistió a las sesiones de dichos organismos de salud, a la vez que se esforzaba por ampliar los servicios de la organización.

Durante la Segunda Guerra Mundial y los años siguientes, el concepto de que la salud pública exigía un esfuerzo multinacional recibió un mayor impulso.

La experiencia adquirida en el control de enfermedades y el ritmo acelerado de las investigaciones médicas a principios de los años 40 proporcionaron a la humanidad nuevas técnicas para controlar las epidemias y prevenir las enfermedades. Surgieron nuevas esperanzas de que incluso muchos de los antiguos males podrían ser erradicados a través de la cooperación. Así, cuando en 1945 se creó la Organización de las Naciones Unidas en San Francisco ya estaba trazado el camino para el establecimiento de la Organización Mundial de la Salud como organismo especializado que tendría la responsabilidad de velar por la salud de toda la humanidad, sin distinción de raza, religión o convicciones políticas.

Durante este período, la identidad y las funciones de la futura OPS sufrieron otros cambios. En la Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Caracas en 1947, se aprobaron los principios que sirvieron de base a un acuerdo suscrito con la Organización Mundial de la Salud, según el cual la OPS serviría también como Oficina Regional de la OMS en las Américas; asimismo, ambas organizaciones llevarían adelante un programa conjunto en el Continente.

Otro acontecimiento de relevancia registrado en esa conferencia fue la elección del Dr. Fred L. Soper como Director de la Organización. Durante su mandato los programas contra la malaria, la viruela, la frambesia y el *A. aegypti* recibieron gran impulso. Especialmente importantes en esa época fueron las campañas de vacunación antipolioméltica emprendidas en Colombia y Costa Rica. En su carácter de Director, el Dr. Soper encaró también otros problemas: la autosuficiencia financiera de la Organización, el aumento del personal y la búsqueda de más espacio para oficinas en el Washington de la posguerra.

En 1948, la fuente principal de ingresos estaba constituida por las contribuciones nacionales, sobre la base de un dólar por 1,000 habitantes de cada país Miembro. Esta cuota resultó ser tan insuficiente que la Organización debió recurrir a contribuciones voluntarias adicionales de los Gobiernos. Aun así, ello cubría apenas alrededor de un tercio de los \$285,000 a que ascendía el presupuesto autorizado para 1948. En los 25 años siguientes se logró una situación financiera mucho más sólida. Actualmente los fondos para las operaciones de la OPS provienen de diversas fuentes. En primer lugar, recibe cuotas de los Países Miembros; en 1977 dichas cuotas suman \$29.7 millones, cerca de la mitad del presupuesto total de la Organización. Los fondos proporcionados por la OMS y otras fuentes de las Naciones Unidas ascienden a \$23 millones. Los subsidios y otras contribuciones de fuentes interamericanas alcanzan a cerca de \$9.1 millones, lo que completa un presupuesto de \$61 millones.

Hasta la Segunda Guerra Mundial, el personal de la Organización estaba formado, en su mayor parte, por profesionales cedidos en préstamo por los Países Miembros. A medida que aumentaban las dificultades para obtener estos servicios, la Organización empezó a formar su propio personal, que hoy asciende a unas 1,500 personas de 50 nacionalidades diferentes. Las dos terceras partes de este personal presta servicios en las Oficinas en los Países y en la red de centros de investigación y capacitación en todo el Continente. En las décadas del 40 y 50, el personal de la Organización, cada vez más numeroso, ocupaba lugares diseminados en varios edificios de Washington. Finalmente, se resolvió el problema de ubicación en 1965, cuando la OPS se trasladó a su propio edificio.

La salud en el próximo decenio

En la década de 1960, se dio un nuevo y audaz paso: las naciones americanas, reunidas en Punta del Este, Uruguay, establecieron objetivos específicos y factibles que deberían ser alcanzados hacia el final del decenio. Entre ellos se incluían las siguientes metas: el suministro de agua potable, el control de enfermedades transmisibles y la reducción de la mortalidad infantil.

Muchos de los objetivos formulados en la Carta de Punta del Este fueron logrados. Quizás el más importante haya sido la erradicación de la viruela en el Hemisferio Occidental: desde 1971 no se ha notificado ningún caso de esta enfermedad. Además, con la cooperación de la OPS se iniciaron muchos programas de nutrición, de investigación y control de enfermedades.

Alentados por estos éxitos, los Ministros de Salud de las Américas, reunidos en Santiago de Chile en 1972, formularon un segundo Plan Decenal más amplio que el anterior. Este importante documento es el marco de

referencia que guía a la OPS en sus acciones para lograr el mejoramiento de la salud en la década del 70.

Una de las metas más importantes del plan es la extensión de la cobertura de los servicios de salud a todos los habitantes de las Américas. Los Ministros de Salud reconocieron que alrededor del 37% de la población de América Latina y el Caribe carece todavía de acceso a los servicios básicos de salud. Sin una cobertura adecuada, no se puede mejorar el nivel de salud en las Américas. Ya se han adoptado las primeras medidas para alcanzar esta meta. Con la cooperación de la OPS, 22 países han realizado amplios estudios y han formulado nuevas políticas de salud acordes con sus propias necesidades y planes de desarrollo. Este tipo de planificación y la coordinación entre el sector salud y otros sectores es esencial para establecer un sistema de salud realista y eficaz.

En la década presente, se llevan a cabo muchos proyectos tendientes a ampliar la atención de salud. En algunos países se está preparando a miembros de las comunidades como auxiliares de salud, para que presten atención en zonas que nunca son visitadas por médicos. En efecto, el tema de la OPS en su 75° Aniversario es "Participación de la comunidad en la salud".

Al cabo de tres cuartos de siglo, las importantes investigaciones sobre las causas, la curación y prevención de las enfermedades siguen siendo una de las principales contribuciones de la OPS. En los últimos 20 años, las actividades de investigación que realiza la Organización se han ampliado hacia nuevos campos. Los centros de investigación ubicados a lo largo y ancho de las Américas realizan investigaciones especiales sobre los problemas recurrentes que enfrentan los países. Entre ellos se encuentran el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, con sede en Jamaica; el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, ubicado en Montevideo, y el Centro de Ecología Humana y Salud en la Ciudad de México. En total, funcionan nueve centros de investigación dentro del marco de la OPS.

Salud para todos

Los Ministros de Salud de las Américas afirmaron en el Plan Decenal que la salud "es un fin, un motivo de preocupación permanente del individuo, pues permite a cada uno utilizar sus posibilidades. . . La salud es una manifestación de la capacidad innata y adquirida de cada individuo". Por estas razones, los Ministros declararon que la salud es un derecho universal de todos los individuos, que se debe seguir mejorando y que no debe ser el privilegio de unos pocos. Esta declaración demuestra, mejor que cualquier estadística o plan, la madurez alcanzada por la Organización: de una indefinida federación de Gobiernos preocupados por los brotes epidémicos y

la recopilación de información fidedigna, se ha convertido en una fuerza importante orientada a alcanzar la meta de salud para todos.

Luego de 75 años de existencia, la OPS sigue enfrentando difíciles problemas. Sin embargo, ahora puede tener esperanzas de que llegará el momento en que se atenderán las necesidades de salud de todos los individuos. Al celebrar su 75° aniversario, la Organización Panamericana de la Salud puede sentir un justo orgullo por lo que ha hecho para mejorar la calidad de la vida de todos los pueblos del Hemisferio.

Estudio sociocultural sobre integración de los sistemas de salud y participación de la comunidad¹

DR. HECTOR GARCIA MANZANEDO²

INTRODUCCION

Del 29 de junio al 6 de agosto de 1976, se llevó a cabo un estudio sociocultural dirigido a conocer las características de la población en una zona del nordeste del Brasil, en relación con la salud y con las motivaciones que llevarían a la comunidad a participar en la solución de problemas de salud. Los objetivos del estudio fueron los siguientes:

1. Obtener un mejor conocimiento de los medios que faciliten la articulación de los sistemas institucional y tradicional comunitarios de salud.
2. Conocer los conceptos sobre conservación de la salud de la población rural y urbana de bajo nivel socioeconómico.
3. Obtener un mejor conocimiento del interés de la población por participar activamente en los programas de salud, así como de los motivos por los cuales participaría.

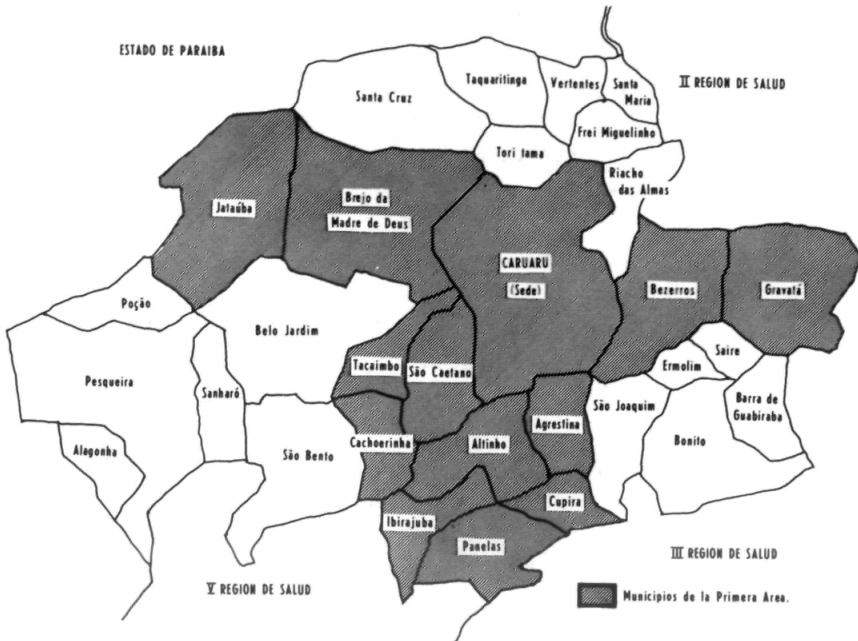
METODOLOGIA

El estudio abarcó 11 de los 13 municipios que componen la primera área de la IV Región de Salud del Estado de Pernambuco. Teniendo en cuenta el número de habitantes se seleccionó el municipio de Caruarú, cabecera de la Región, donde se concentra más de la cuarta

¹Artículo basado en el Informe de la Investigación Social sobre la Integración de Servicios Formales e Informales y Participación Activa de la Comunidad en la IV Región de Salud, Caruarú, Pernambuco, Brasil, presentado por el autor como resultado de una consultoría a corto plazo, OPS, 1976.

²Profesor, Escuela de Servicio Social, San José State University, San José, California, 95192, E.U.A.

Fig. 1—Mapa de la IV Región de Salud del Estado de Pernambuco, Brasil.



parte (160,000 habitantes) de la población total de esa área (400,000 habitantes) y los otros 10 municipios más poblados (figura 1).

Colaboraron en el estudio los alumnos de tercer año de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad del Agreste, los cuales recibieron crédito académico por su participación. La Dirección de la IV Región de Salud les otorgó una pequeña beca de un mes de duración y, en algunos casos, proporcionó alojamiento o alimentación, o ambos, a los alumnos mientras residían en las sedes municipales del estudio. Los estudiantes recibieron un breve adiestramiento durante cuatro días. El objetivo de esta actividad no fue solo incorporarlos como entrevistadores, sino integrarlos en todas las etapas del estudio, desde la planificación de las actividades y la elaboración del cuestionario de la encuesta de exploración, hasta el análisis de los resultados. En esta forma, el proceso de adiestramiento proporcionó a los alumnos una perspectiva correcta de la importancia del estudio y un aprendizaje útil en el ejercicio futuro de su profesión.

Para la exploración de las características socioculturales de la población relacionadas con los objetivos del estudio se utilizó el método de encuestas por medio de entrevistas personales. El cues-

cionario tenía por objeto conocer aspectos cualitativos y cuantitativos de la conducta relacionados con la salud, lo cual permitiría una base más firme para el planteamiento de sugerencias y recomendaciones. Por lo tanto, incluía preguntas acerca de la existencia y utilización de los recursos institucionales y tradicionales comunitarios de atención de salud, y del número de veces que la población los había utilizado en el período de un año. Por este procedimiento también se deseaba investigar de qué manera el habitante de la zona percibe la disponibilidad de los recursos para la salud y cómo los utiliza realmente. Otras preguntas tenían por objeto conocer qué recursos de salud se consideraban más idóneos para determinados tipos de padecimientos, ya fueran reconocidos como tales por la medicina moderna o por la medicina tradicional.

Para conocer el interés de la población por participar activamente en la solución de los problemas de salud de la comunidad, se exploró la respuesta de los pobladores ante los problemas siguientes: interés por participar, identificación de los problemas comunales de salud, participación en reuniones para planificar actividades, determinación de lo que se considera prioritario para el beneficio comunal, motivación para asumir funciones de liderazgo y evaluación de los servicios de salud en relación con la satisfacción de las necesidades sentidas.

Mientras que para la exploración de las características de la población en relación con el primero y segundo objetivos del estudio se utilizaron preguntas directas, para el conocimiento de las características relacionadas con la posibilidad de participar en la solución de problemas de salud se formularon preguntas proyectivas. Con este procedimiento se trató de evitar el riesgo de que la población pudiera interpretar que se le estaba solicitando un compromiso concreto e inmediato.

Las preguntas proyectivas se elaboraron sobre la base de historias breves en las que se planteaban dos posiciones polares, de rechazo o de aceptación absolutos, y una posición intermedia de indecisión; cada posición se identificó con un personaje a quien se asignó un nombre de persona, común en la región. También se pidió al entrevistado que manifestara las razones que lo llevaban a identificarse con determinada posición.

La muestra abarcó 922 personas: 60% del medio rural y 40% de la población urbana de bajos ingresos. El tamaño de la misma se determinó sobre la base de los recursos disponibles y del tiempo requerido para la evaluación y el análisis de la información. Con objeto de

reducir el tiempo necesario para obtener los datos, se trató de que los estudiantes realizaran las entrevistas en sus municipios de origen.

El personal local de salud, muy conocedor de la zona de estudio en distintas tareas, por ejemplo, colaboró proporcionando datos sobre la población y sobre vocabulario regional referido a salud. El adiestramiento de los estudiantes alentó en ellos una inquietud por indagar y conocer la magnitud de los problemas de salud en la población del área. A su vez, el desplazamiento de esos alumnos a las cabeceras municipales y aldeas y su estadía en ellas para entrevistar a miembros de la población posiblemente despertó en la comunidad el deseo de saber más acerca de sus problemas y necesidades de salud. Las palabras de un poblador entrevistado, cuando se le preguntó qué se necesita para mejorar la salud de la comunidad, sintetizan de manera elocuente la primera aportación del estudio; su respuesta fue: "Precisamente lo que están haciendo: preguntarle a la gente".

RESULTADOS

Entre los aspectos relevantes del estudio se exploró el nivel de educación de la población de la muestra que, como se indicó, fue seleccionada entre la población rural y la población urbana de bajo nivel económico. Más de la mitad de los entrevistados informó no haber asistido a la escuela; en la población rural, solo 37%, aproximadamente, manifestó que había recibido algún tipo de educación básica y solo dos personas indicaron tener educación secundaria o superior. La población urbana mostró características muy similares, aunque en este sector había una proporción mayor de personas con educación secundaria y superior.

La agricultura y las actividades asociadas fueron, naturalmente, la ocupación más generalizada en la zona rural, y la segunda en importancia en la población urbana. El trabajo calificado y las artesanías tienen importancia en la zona urbana, pero el comercio y los oficios ocupan entre ellos el primer lugar. Del total de los 922 entrevistados, nueve personas informaron desempeñar actividades profesionales; la mayoría de ellos eran maestros de enseñanza primaria.

No se pudo recopilar datos sobre mortalidad en la niñez con respecto a las causas de defunciones, pues las respuestas eran ambiguas. En términos numéricos, la proporción de fallecimientos de menores en las familias entrevistadas fue de 33.6% en el área urbana, y 30.4 en la población rural.

SISTEMAS DE SALUD INSTITUCIONAL Y TRADICIONAL COMUNITARIO

Para los propósitos del presente estudio se definió el sistema institucional de servicios de salud como aquel que ejercen profesionales que practican la medicina moderna de base científica; integran el sistema tradicional comunitario, en cambio, personas que practican la medicina tradicional sobre una base empírica, así como individuos que dicen utilizar la colaboración de fuerzas sobrenaturales o metafísicas en sus prácticas (hechiceros y "espíritas" o practicantes del espiritismo).

Para saber el grado de conocimiento de la existencia y la utilización de ambos sistemas de servicios de salud, se indagó si los informantes conocían los distintos recursos, y si los utilizaban generalmente en caso de necesidad. Es de interés notar que, mientras 40% de la población rural afirmó que conocía la existencia de una unidad de salud, en la población urbana las respuestas afirmativas llegaron al 99%. En cambio, la utilización de tal servicio difiere, ya que mientras en la población rural algo más de la mitad de los que dijeron conocer su existencia respondió que utiliza este servicio, en la zona urbana la usan casi dos tercios de ese grupo. En ambas poblaciones se utiliza mucho el médico aunque la diferencia en disponibilidad de este recurso es evidente: algo más de 25% de la población rural afirmó que tiene acceso a él, frente al 98% de la población urbana.

Entre los practicantes del sistema tradicional comunitario, tanto en cuanto a conocimiento como a utilización, indudablemente el "rezador" y la partera "leiga" o empírica ocupan el primer lugar en ambas poblaciones; 90% del total afirmó conocer a tales practicantes. El 77% de los pobladores del medio rural utiliza los servicios del rezador frente a una proporción del 68% de la población de la zona urbana. La partera "leiga" en el total de la muestra alcanza el 50% de utilización, siendo esta proporción más alta en la zona rural.

Es difícil clasificar al farmacéutico en esta dicotomía de sistemas, ya que en algunos casos se trata de profesionales graduados en una escuela de farmacia, y en otros de vendedores de medicamentos simplemente. Sin embargo, independientemente de su formación, en la integración de los sistemas el farmacéutico o vendedor de medicamentos debe tener un papel importante, ya que en más del 80% de las respuestas correspondientes a la población urbana se afirmó que utilizaban los servicios de este personal. En la zona rural, la proporción bajó a 32.6%.

También merece mención especial el "espírita" como otro practicante del sistema tradicional comunitario. En la muestra, 27.4% de la población rural, y 78.3% de la urbana, afirmaron conocer la existencia de este tipo de recurso. Sin embargo, la utilización del mismo parece ser un fenómeno de tipo más urbano que rural, ya que 22.3% de la población afirmó usar este recurso, frente a un escaso 7.5% de la población rural.

Se exploró la utilización de los recursos en un período anual preguntando a los entrevistados qué recursos habían utilizado, y cuántas veces lo habían hecho en un período comprendido entre las llamadas "fiestas juninas", el 29 de junio de 1975 y el 29 de junio de 1976. Estas fechas se usaron como procedimiento mnemotécnico, ya que dichas fiestas son el acontecimiento social y religioso más importante de la Región; además, la encuesta se realizó dos o tres semanas después de la conclusión de las fiestas juninas de 1976.

Los resultados muestran que en la zona rural el rezador y el farmacéutico fueron utilizados por más pobladores mayor número de veces que cualquier otro recurso. En la población urbana el médico fue el recurso más utilizado, y en segundo y tercer lugar, el farmacéutico y el rezador. En cuanto a la partera "leiga", su función parece limitarse a la atención del parto y el período posparto, pero no a curar, a diferencia de lo que sucede en otras regiones en que los padecimientos infantiles de tipo tradicional (como "mollera baixa" u "olhado")³ son de su dominio.

En cuanto a los hallazgos sobre la percepción de la existencia de recursos para la salud y su posible utilización en caso de necesidad, un primer análisis indicó que los recursos del médico y el rezador se utilizarían aun en el caso de no obtenerse localmente. Los resultados sobre la utilización de los recursos durante el año anterior ratificó en gran parte la primera observación, así como la importancia que el farmacéutico o vendedor de medicamentos puede alcanzar como recurso para la salud.

Con el propósito de indagar los conceptos de la población acerca de los recursos más apropiados para el tratamiento de diversos padecimientos, se elaboró una lista de enfermedades más comunes en la zona así como los nombres regionales de los padecimientos objeto de la medicina tradicional. En los formularios de la encuesta se incluyó una

³*Nota del autor:* Se ha preferido no incluir una equivalencia de estos términos en español ya que existen diferencias de criterio sobre el significado de los mismos en diversas personas de diferentes capas sociales.

lista aleatoria de los padecimientos con el propósito de saber qué tipo de recurso utilizaría el entrevistado para curarse en cada caso. Los recursos se clasificaron en: recurso I (médico, hospital, o unidad de salud clínica); recurso II (auxiliar de enfermería, enfermera y farmacéutico), y recurso III (rezador, curandero, partera "leiga" y remedio casero).

Los resultados muestran que la mayor parte de los entrevistados identifican al médico como el recurso más idóneo en el tratamiento de cáncer, tuberculosis y diabetes; con respecto a la hepatitis, la frecuencia de respuestas afirmativas es ligeramente menor. Se advierte además una definida preferencia por el uso de recursos tradicionales (recurso III) en la atención de los padecimientos llamados "olhado", "dor de mulher", "ventre caído", "carne trilhada" y "peitos abertos", todos identificados por los practicantes de la medicina tradicional. La situación no es tan clara en el caso del sarampión, enfermedad que la población urbana prefiere someter al tratamiento por el recurso I, en tanto que la población rural opta por el recurso III. El farmacéutico parece jugar un papel importante en padecimientos o síntomas tales como sarna, diarrea y paperas, si bien con respecto a estas enfermedades, las respuestas se distribuyen más o menos uniformemente entre los recursos I, II y III.

Al relacionar los resultados de esta parte del estudio con el grado de educación de los entrevistados, se halló que el mayor nivel de escolaridad se asocia más frecuentemente con la selección de recursos de tipo profesional para el tratamiento de diversas enfermedades reconocidas por la medicina moderna. En algunos casos, incluso las personas con mayor escolaridad dijeron no conocer por su nombre local los padecimientos identificados por la medicina tradicional.

Es evidente que la carencia de personal médico y de servicios en la zona rural constituye una preocupación común a las autoridades de salud y a la población afectada. La accesibilidad a estos servicios en las zonas urbanas puede considerarse adecuada aunque no toda la población afirma utilizarlos. En cambio, los recursos tradicionales comunitarios parecen tener amplia utilización entre quienes conocen su existencia, en especial el rezador, que es el recurso más utilizado por la población rural.

Existe un adecuado conocimiento acerca de los padecimientos objeto de la medicina moderna y del personal más idóneo para su tratamiento. No obstante, es aconsejable una investigación más profunda que permita obtener una descripción sistemática de los padeci-

mientos reconocidos por la medicina tradicional, y sus probables equivalentes en la medicina moderna. Este sería un paso para iniciar actividades de educación para la salud entre la población, con el propósito de modificar la percepción de las entidades nosológicas de tipo tradicional en favor de las que son reconocidas por la medicina moderna.

CONCEPTOS SOBRE PRESERVACION DE LA SALUD

Este tema se exploró a dos niveles diferentes: primero, conocer el concepto que el individuo tiene con respecto a los medios para conservar la salud individual y familiar; segundo, conocer lo que la población considera como prioritario para conservar la salud de la colectividad.

En cuanto al concepto que a nivel individual se tiene respecto a los medios de conservar la salud, se indicaron frecuentemente las siguientes: limpieza (aseo e higiene corporales), alimentación y otros, entre los cuales se incluyeron respuestas tales como "Encomendarse a Dios" y algunas relacionadas con prácticas magicorreligiosas. Las diferencias en la frecuencia de las respuestas de la población rural y urbana son mínimas en estos tres criterios; pero la población rural mostró también frecuencias altas en una cuarta variable: "tomar remedios, medicinas y tónicos".

Al analizarse las respuestas relativas al concepto que la comunidad sostiene sobre prioridades para preservar su salud, se observan diferencias de acuerdo con el tipo de población. Ambas, urbana y rural, identifican como prioritaria la disponibilidad de servicios institucionales de salud (unidades y puestos de salud). La población rural considera como segunda prioridad la existencia y accesibilidad del personal médico. En cambio, los habitantes de la zona urbana indican como segunda preferencia el saneamiento de la comunidad.

De la información obtenida por medio de las entrevistas de las poblaciones rural y urbana es aparente que existe una diferencia, que podría considerarse contradictoria, con respecto al uso de los recursos para recuperar la salud. En efecto, la diferencia se presenta entre la conducta real de las personas entrevistadas ("¿Qué recursos utilizó el año pasado para atenderse de enfermedades que padecieron usted y su familia?") y lo que podría llamarse la conducta deseable ("¿Cuáles serían el primero, segundo y tercer cuidados en caso de una enfermedad?"). En el primer caso, es evidente la utilización casi universal del

rezador en el medio rural, la que también es considerable en el medio urbano. En cambio, la conducta deseable es acudir, en primer lugar, al remedio casero, e inmediatamente después, al médico o al farmacéutico.

Esta contradicción es aun más evidente en el medio rural, ya que de acuerdo con las respuestas, esta población tiene a su alcance la mayoría, si no la totalidad, de los recursos. Dado que en términos generales se entrevistó a personas de escasos recursos, es probable que la tendencia a preferir al practicante de la medicina tradicional, tenga razones económicas.

PARTICIPACION ACTIVA DE LA COMUNIDAD

La actitud de la población de las diversas comunidades hacia la participación activa en la solución de problemas de salud comunal muestra características alentadoras. En términos generales, en las respuestas a las historias preparadas para explorar las actitudes de rechazo, aceptación e indecisión, así como las causas de las mismas, predomina la identificación con la posición positiva o de aceptación, representada por el personaje llamado José. La identificación con la posición negativa o de rechazo, representada por Jōao, es más reducida y se encuentra con mayor frecuencia en la población rural que en la urbana. Las diferencias mayores se encontraron en la historia que exploraba la reacción a una prestación insatisfactoria de servicios. En este caso, cerca de la cuarta parte del total de los informantes del área rural consideró improcedente o inconveniente presentar una queja a las autoridades. La población urbana mostró también una frecuencia más alta de este tipo de respuesta en la misma historia, aunque proporcionalmente es menor que en la población rural. La posición de indecisión sustentada por Manoel, recibió menor apoyo. Hay que hacer notar que no hay predominio claro en ninguna de las respuestas que se identifiquen con posición de indecisión.

En la segunda parte de las respuestas a las historias se solicitó al informante que explicara por qué razón había adoptado determinada posición. Tanto en la población rural como en la urbana, las posiciones de rechazo se explican por dos factores principalmente, a saber, "Desconfianza en el sistema" y "Pesimismo". Algunas respuestas típicas de estos grupos fueron "Solo se promete, pero no se cumple nada", o bien, "Los problemas de aquí no tienen solución". En cambio, se advierten ligeras diferencias en lo que respecta a la posición

de indecisión entre la población rural y la urbana. Mientras en la primera las mayores frecuencias numéricas corresponden a la categoría "Curiosidad"—con respuestas del tipo: "Yo iría, pero solo me quedaría si me interesara", o bien "Solo si tuviera tiempo"—entre los pobladores urbanos la frecuencia más alta corresponde a "Factores personales". La falta de confianza en el sistema, representado por organizaciones, programas o personal de salud, también aparece en un número de respuestas que indican una posición de escepticismo en torno a cada una de las actividades descritas en las historias.

Sin embargo, la posición positiva o de aceptación predomina en el total de entrevistados. En este sentido, el número más alto de respuestas corresponde al grupo que muestra un interés por el beneficio comunal. Es también alentador notar que dos terceras partes, aproximadamente, de la población consideró la posibilidad de tomar una posición de liderazgo y aprender el procedimiento para ejercerlo, con objeto de solucionar los diversos tipos de problemas que enfrentan en sus comunidades, entre ellos los de salud.

CONCLUSIONES

El estudio muestra que la población utiliza los recursos que existen en la localidad y a veces, como en el caso del médico, por ejemplo, su utilización es aun más amplia que su disponibilidad, por lo cual, los pobladores de localidades sin médico se trasladan a consultarlo si tienen la capacidad económica para hacerlo.

La popularidad de los practicantes de la medicina tradicional, especialmente la del llamado rezador, podría indicar tanto la existencia de un criterio establecido de que son ellos los que pueden tratar determinados padecimientos como falta de recursos económicos para pagar los honorarios del personal profesional y la compra de medicamentos prescritos por él. Sin embargo, esta segunda posibilidad se contradice con la amplia utilización del farmacéutico o vendedor de medicamentos como un recurso para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Si bien no son muy conocidas las prácticas que realizan los rezadores para el tratamiento de ciertas dolencias, aparentemente tales tratamientos se basan en oraciones y en el uso externo de plantas silvestres. De ser así, estas prácticas podrían considerarse inocuas si no fuera porque, en el caso de padecimientos graves, el paciente pierde tiempo en la obtención de un diagnóstico temprano y un tratamiento

oportuno mientras el rezador busca el alivio mediante sus prácticas. En similar situación debe considerarse al vendedor de medicamentos que, sin adiestramiento para hacerlo, diagnostica y prescribe, y aun en muchos casos aplica el medicamento en inyectables. Un mejor conocimiento de la etiología, sintomatología y diagnóstico de los padecimientos objeto de la medicina tradicional por parte de médicos y enfermeras, les permitiría orientar a los rezadores, farmacéuticos y vendedores de medicamentos para que estos refirieran a los pacientes con una sintomatología dudosa o susceptible de indicar una enfermedad grave o transmisible.

Al explorar los conceptos acerca de la conservación de la salud individual y colectiva, los pobladores pusieron de relieve tanto la existencia de necesidades no satisfechas como un nivel alentador de preocupación por la salud individual, familiar y comunal. Por ejemplo, la necesidad que siente la población de una alimentación apropiada es muy lógica ya que, aparentemente, las condiciones locales deficientes se han agudizado por carencias debidas a sequías y falta de riego.

Las necesidades sentidas en relación con la salud comunal difieren en la percepción de la población urbana y la población rural. Para ambas poblaciones, la escasez de servicios de salud, tales como hospitales, unidades de salud y maternidades, ocupa el primer lugar de importancia, pero no hay la misma coincidencia de criterios en el resto. En tanto que el habitante del medio urbano desearía la ampliación y el mejoramiento de los servicios de salud, el campesino simplemente desearía poder contar con ellos. La comunidad urbana muestra preocupación por el saneamiento en aspectos tales como agua, drenaje y disposición de desechos y basuras. La población rural quisiera poder contar con personal médico a corta distancia de sus aldeas.

El estudio muestra que existe una coincidencia palpable entre lo que la población percibe como necesidades que deben satisfacerse y lo que las autoridades de salud pública reconocen como tales. Es posible que un programa de educación para la salud, integrado a las actividades que se realizan para la organización y desarrollo de las comunidades rurales y urbanas, permita otorgar más importancia a los procedimientos preventivos. Cuando se planifican los servicios de educación se debe tener en cuenta a quién van dirigidos; el alto porcentaje de población analfabeta o con escasa escolaridad requiere medios sencillos y atractivos de difusión que impulsen el diálogo y faciliten la comprensión del mensaje.

Cuando se exploran las probables motivaciones de la población para participar activamente en los programas de salud, abstenerse de hacerlo, o bien mantener una actitud pasiva de "esperar y observar" antes de crear un compromiso, las respuestas más numerosas indican aceptación de la participación. Sin embargo, como las razones de tal actitud son diversas, los programas que se destinen a fomentar la participación comunitaria en problemas de salud deben tenerse en cuenta para lograr una respuestas más amplia: interés por el beneficio comunal, adecuada información a los participantes, y otras.

Las posiciones de rechazo o de indecisión proporcionan ciertas indicaciones interesantes acerca de su posible origen, pues en ellas se detecta desconfianza en el sistema de salud y en las actividades de organizaciones de beneficio comunal, así como fatalismo acerca de las condiciones locales, y la imposibilidad de modificarlas. Es probable que los individuos expresen su sentir acerca de experiencias pasadas en cuanto a falta de cumplimiento de promesas de funcionarios públicos o anunciadas en campañas políticas. Por tal razón, el cumplimiento de metas inmediatas, por modestas que sean, debe ser el primer paso de las autoridades de salud para modificar tales actitudes de desconfianza y pesimismo.

Las posiciones de indecisión también tienen ángulos de gran interés para la interpretación de tal tipo de respuesta. El escepticismo reflejado en ellas aparentemente se origina en promesas incumplidas o en actividades que expiraron después de inicios prometedores. La cobertura de servicios de salud a la población debe procurar una clara línea de conducta y evitar cualquier incidente que, por omisión, sirva para reforzar actitudes de escepticismo de quienes mantienen que las promesas se hacen para no ser cumplidas.

En todos los casos, tanto de aceptación y rechazo como de indecisión, se observa la necesidad común de conocer e informarse acerca del tipo y extensión de la participación que se solicita. Debe tenerse en cuenta este deseo de un conocimiento certero de lo que se espera de la población, pues las solicitudes de participación vagas o ambiguas se prestan para crear dudas en la mente de la población y alejan la posibilidad de respuesta. Es conveniente que se informe ampliamente a la comunidad, fomentando la discusión, la que puede motivar la participación. Es igualmente conveniente que, a su vez, los encargados del programa de salud estén informados sobre los grupos comunitarios en funcionamiento con objeto de fortalecer esas organizaciones y evitar la duplicación de esfuerzos.

RESUMEN

En 1976 se llevó a cabo en una zona de la IV Región de Salud del Estado de Pernambuco, Brasil, un estudio sociocultural dirigido a conocer las características de la población en relación con la salud y con las motivaciones que la llevarían a participar en la solución de sus problemas de salud. Para la realización del estudio se efectuó una encuesta en la cual participaron estudiantes universitarios de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad del Agreste.

Con respecto a los objetivos establecidos, el estudio mostró los siguientes resultados:

1. Obtener un mejor conocimiento de los medios que faciliten la articulación de los sistemas institucional y tradicional comunitarios de salud: la población utiliza indistintamente los recursos institucionales y tradicionales que existen en la localidad. El médico es el recurso más reconocido y buscado, seguido por el farmacéutico o vendedor de medicamentos. Entre los practicantes de la medicina tradicional, el rezador ocupa el primer lugar de reconocimiento y utilización.

2. Conocer los conceptos sobre preservación de la salud sustentados por la población rural y urbana de bajo nivel socioeconómico: ambas poblaciones otorgan prioridad a la existencia de servicios institucionales, pero es de notar que mientras la población rural considera en segundo lugar de necesidad la presencia del médico, la población urbana, que ya cuenta con tal recurso, sitúa en segundo lugar al saneamiento ambiental.

3. Obtener un mejor conocimiento del interés de la población por participar en los programas de salud, así como de los motivos por los cuales participaría: predomina entre los pobladores la identificación y apoyo a la posición positiva, aunque esta posición es más frecuente en la población urbana que en la rural. La actitud de indecisión fue la menos frecuente. En cuanto a las razones que fundamentan la posición positiva, predomina el interés por el beneficio comunal. El pesimismo y la desconfianza en el sistema son la base, en general, de la posición de rechazo a la participación.

AGRADECIMIENTOS

El autor agradece el apoyo otorgado a la investigación por el

personal de la IV Región de Salud del Estado de Pernambuco y de manera muy especial por su Director, Dr. Nazareno Nunes. Agradece igualmente la colaboración prestada por el Dr. Aníbal Cantarelli y la Enfermera Carlinda de Barros Coelho y señala la valiosa cooperación de la Sra. Catalina Gárate de García.

A SOCIOCULTURAL STUDY OF THE INTEGRATION OF HEALTH SYSTEMS AND COMMUNITY PARTICIPATION (*Summary*)

In 1976 a sociocultural study was carried out in a district of Health Region IV in Pernambuco State, Brazil, to ascertain the health characteristics of the population and the motives that would induce it to participate in the solution of health problems. The study was performed through a survey conducted with the assistance of students from the School of Social Sciences of Agreste University.

The study had the following objectives and yielded the following results:

1. To learn more about ways to facilitate the implementation of institutional and traditional community health systems: the populace made use of both the institutional and the traditional resources available in the locality. The physician was of the highest standing and the most sought after, followed by the pharmacist or druggist. Among the practitioners of traditional medicine, the praying lay healer was foremost in standing and employment.

2. To bring out the views on health preservation held by rural and urban people of low socioeconomic status: these groups gave priority to the availability of institutional services. However, whereas the rural population regarded the presence of a physician as next in importance, the urban population, which already enjoyed his services, gave second place to environmental sanitation.

3. To determine better the interest of the population in participating in health programs and to learn more about the motives that would induce them to so participate: the predominant trend among the populace was to identify with and support the affirmative position (i.e., participation) which, however, was more frequently taken by urban than by rural dwellers. The fewest respondents were those who could not decide. Predominant among the reasons for taking the affirmative view was concern for the common good. The usual reasons given for rejecting participation were pessimism and lack of confidence in the system.

ESTUDO SÓCIO-CULTURAL DE INTEGRAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA (*Resumo*)

Em 1976, realizou-se em zona da IV Região de Saúde, Estado de Pernambuco, Brasil, um estudo sócio-cultural tendente a determinar as características sanitárias da população e as motivações que a levariam a participar da solução de problemas de saúde. Para a realização do estudo, procedeu-se a um levantamento de que participaram universitários do curso de Ciências Sociais da Universidade do Agreste.

Em relação aos objetivos fixados, o estudo revelou os seguintes resultados:

1. Obter melhor conhecimento dos meios que facilitem a articulação dos sistemas institucional e tradicional comunitário. A população utiliza indistintamente os recursos institucionais e tradicionais existentes no local. O médico é o recurso mais conhecido e procurado, seguido do farmacêutico ou comerciante de medicamentos. Entre os praticantes da medicina tradicional, o benzedor ocupa o primeiro lugar em reconhecimento e utilização.

2. Conhecer os conceitos de preservação da saúde reinantes entre a população rural e urbana de baixo nível sócio-econômico. Ambas dão prioridade à existência de serviços institucionais, mas ao passo que a população rural considera a presença do médico em segundo lugar, a população urbana, que já conta com seus serviços, situa em segundo lugar a saneamento ambiental.

3. Obter melhor conhecimento do interesse da população em participar dos programas de saúde, bem como dos motivos dessa possível participação. Predominam entre os habitantes a identificação e o apoio à posição positiva, embora esta seja mais freqüente entre a população urbana do que a rural. A atitude de indecisão foi a menos freqüente. Quanto às razões que fundamentam a posição positiva, predomina o interesse pelo benefício comunitário. Em geral, o pessimismo e a falta de confiança no sistema constituem a base da posição de negativa de participação.

ETUDE SOCIOCULTURELLE SUR L'INTÉGRATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET LA PARTICIPATION DE LA COMMUNAUTÉ (*Résumé*)

En 1976 a eu lieu dans une zone de la IV^{ème} région de santé, Etat de Pernambuco, Brésil, une étude socioculturelle dont l'objet était de déterminer les caractéristiques de la population en matière de santé et les motivations qui l'amènerait à participer à la solution des problèmes y afférents. Aux fins de l'étude, on a mené une enquête à laquelle ont pris part des étudiants de la Faculté des sciences sociales de l'Université d'Agreste.

Pour ce qui a trait aux objectis fixés, l'étude a donné les résultats suivants:

1. Il faut chercher à mieux connaître les moyens qui facilitent l'articula-

tion des systèmes institutionnel et traditionnel communautaire de la santé - la population utilise sans distinction les ressources institutionnelles et traditionnelles dont dispose la localité. Le médecin est la ressource la plus reconnue et la plus recherchée; il est suivi du pharmacien ou du vendeur de médicaments. Parmi les pratiquants de la médecine traditionnelle, le guérisseur occupe le première rang quant au statut et à l'utilisation.

2. Il faut chercher à déterminer les concepts de préservation de la santé qu'ont les populations rurale et urbaine de faible niveau socio-économique. L'une et l'autre accordent la priorité à l'existence de services institutionnels mais si la première place au deuxième rang la présence du médecin, la seconde, par contre, qui compte déjà sur ses services, y place la salubrité de l'environnement.

3. Il faut chercher à mieux connaître l'intérêt qu'a la population de participer aux programmes de santé ainsi que les motifs pour lesquels elle participerait. Parmi les habitants prédomine l'identification et l'appui à l'attitude positive bien que celle-ci soit la plus fréquente dans la population urbaine que rurale. L'indécision a été la moins fréquente. Parmi les raisons qui sont à la base de l'attitude positive figure essentiellement l'intérêt de la communauté. Le pessimisme et le manque de confiance dans le système sont en règle générale l'assise même de l'attitude de rejet de la participation.

Lo abstracto y lo concreto, lo disciplinario y lo interdisciplinario en la enseñanza de las ciencias fisiológicas¹

DR. RODRIGO YEPEZ²

INTRODUCCION

Al aceptar la invitación para asistir a esta reunión sobre enseñanza de ciencias fisiológicas, pensé inicialmente en preparar un trabajo ajustado a los cánones clásicos, es decir, un documento que, partiendo de la enunciación de objetivos, continuando con proposiciones acerca del diseño del plan de estudios, terminara con consideraciones relativas a los sistemas de evaluación, textos y otros materiales recomendados para la enseñanza, formación de investigadores, formación de personal docente, etc. Sin embargo, considerando que existen relevantes trabajos dentro de una abundante bibliografía sobre estos temas—y especialmente recordando mis propias limitaciones—creo que no debo desaprovechar esta magnífica oportunidad para escuchar de ustedes sus opiniones en torno a algunos aspectos que, como hombre universitario y profesor de ciencias fisiológicas, me inquietan sobremedera.

Estoy seguro de que la experiencia de los miembros de este grupo contribuirá a aclarar muchas de mis dudas en relación con temas que creo deben anteceder a las discusiones sobre diseño curricular. Dos asuntos, uno de carácter general y otro de carácter particular, pondré a consideración de ustedes.

El primero se relaciona con la manera en que se organiza el conocimiento en función de la enseñanza. Estamos conscientes de que el

¹Documento preparado para el Taller sobre Enseñanza de las Ciencias Fisiológicas en las Profesiones de la Salud, celebrado en Querétaro, México, del 6 al 8 de julio de 1977.

²Profesor Principal, Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador; Asesor Temporal de la OPS/OMS.

conocimiento que se transmite en nuestras universidades está cada vez más fragmentado y esparcido en una multitud de disciplinas, lo cual determina la preparación de individuos capacitados para el desempeño de una función estrecha, repetitiva y alienante que les impide desarrollar todas sus capacidades. La multidisciplinariedad y la pluridisciplinariedad han salido al paso como alternativas para tratar de superar estos problemas. Estos son aspectos que merecen nuestra atención.

El segundo asunto, de carácter particular y que informa a todo el proceso de diseño del plan de estudios, es el relativo a la ubicación de las ciencias fisiológicas en el currículo. Este es un problema que preocupa hondamente, que en un principio puede parecer banal, pero que, a poco que se lo piense, se transforma en un problema conceptual de características profundas. José Roberto Ferreira, en un interesante artículo (1) sobre la enseñanza de las ciencias fisiológicas, publicado en 1975, plantea algunos inquietantes interrogantes sobre este punto: ¿Por qué las ciencias básicas? -se pregunta- ¿Básico como primario o básico como premisa aclaratoria? ¿Por qué el razonamiento exclusivamente teórico deductivo? ¿Por qué lo abstracto debe anteceder a lo concreto?

Permítanme exponerles algunas ideas en torno a estos asuntos. Para ordenar mi exposición empezaré formulando unas cuantas consideraciones en torno al problema concreto de la ubicación de las ciencias fisiológicas en el plan de estudios de las profesiones de la salud.

UBICACION DE "LAS FISIOLOGIAS"

Considero que la razón de haber ubicado a estas disciplinas al comienzo de la carrera obedece a motivos de orden histórico que tienen que ver con la particular aprehensión que se tuvo sobre los fenómenos vitales, normales y patológicos durante las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del presente.

Me parece que una revisión del pensamiento de Claude Bernard puede ser de ayuda para comprender la razón o quizá la sinrazón de este hecho. La lectura del libro de Georges Canguilhem sobre lo normal y lo patológico (2) aporta elementos pertinentes en este sentido.

Según Canguilhem, en el pensamiento de Bernard se puede identificar un interés que se orienta desde lo normal hacia lo patológico: es la búsqueda del conocimiento de la enfermedad por medio de la fisiología, sustentada en la experimentación biológica.

Bernard considera a la medicina como la ciencia de las enfermedades y a la fisiología como la ciencia de la vida. Dice que una terapéutica racional solo puede sostenerse sobre una patología científica y que la patología científica tiene que basarse en la ciencia fisiológica. Afirma que toda enfermedad tiene una función normal respectiva de la cual solo es una expresión perturbada, exagerada, aminorada o anulada.

Bernard nunca admitió que se distinga, desde el punto de vista físico-químico, los fenómenos del reino orgánico y los fenómenos del reino mineral; "el químico de laboratorio y el químico de la vida están sometidos a las mismas leyes: no existen dos químicas" afirmaba. Desde luego, no es el primero en sostener la identidad existente entre las producciones de la química de laboratorio y de la química viviente. Esta idea estuvo formada desde que Federico Woehler realizó la síntesis de la urea en 1828 (3). Sin embargo, siempre estuvo atento a reconocer la originalidad propia de las formas vivientes y de sus actividades funcionales, y así decía: "conocemos por Lavoisier que los seres vivos son tributarios de las leyes generales de la naturaleza y que sus expresiones son manifestaciones físicas y químicas . . . pero, no hay ningún fenómeno químico que se lleve a cabo en el cuerpo de un modo idéntico a como se realiza fuera de él" (4).

La influencia del pensamiento de Bernard fue tan grande que incluso rebasó los campos de la fisiología y de la medicina, para incidir en el de la literatura y en el de la filosofía. El propio Nietzsche tomó prestado algo de Bernard para escribir: "el valor de todos los estados mórbidos consiste en que muestran a través de un vidrio de aumento determinadas condiciones que, aunque normales, son difícilmente visibles en el estado normal" (5).

Esta forma de entender el fenómeno patológico, como una modificación cuantitativa del correspondiente fenómeno fisiológico, marcó una etapa en el pensamiento científico y determinó que se convirtiera a la patología y a la terapéutica en íntegramente científicas haciendo que simplemente precedan a una fisiología instituida previamente.

La precedencia de las fisiologías con relación a las clínicas arbitró la explicación "científica" de las enfermedades y dio asidero para ordenar la ubicación de las ciencias fisiológicas—de las ciencias de "lo normal"—en los primeros años del currículo.

Veremos inmediatamente cómo esta concepción contraría el propio desarrollo histórico de estas ciencias, cómo niega al método científico, y cómo se opone al propio pensamiento de Bernard.

Efectivamente fue este quien dijo: "si tuviera que vérmelas con principiantes, les diría: ante todo ¡id al hospital!, es lo primero que debe conocerse. Porque ¿cómo analizaríamos mediante la experimentación enfermedades que no conociésemos? Por lo tanto, no digo que haya que reemplazar al hospital por el laboratorio. Digo, por el contrario: ¡id ante todo al hospital!, pero eso no basta para llegar a la medicina científica o experimental; es necesario ir después al laboratorio para analizar experimentalmente aquello que la observación clínica nos permitió comprobar" (6). He aquí una declaración genuina de Bernard, redescubierta apenas en la segunda mitad de este siglo, después de que fueron publicados en 1947 sus "Principios de Medicina Experimental"; declaración que es congruente con principios científicos que aconsejan partir de lo concreto hacia lo abstracto para luego volver a lo concreto, y, declaración respetuosa del orden histórico que demuestra que la clínica y la terapéutica precedieron a la fisiología.

IR DE LO CONCRETO A LO ABSTRACTO PARA VOLVER A LO CONCRETO

Con los comentarios anteriores no estoy sugiriendo que cada estudiante de nuestros días vuelva a andar el largo camino recorrido en el desarrollo de la medicina; lo que sugiero es que evitemos que nuestros alumnos aborden los problemas relativos a la salud y a la enfermedad aisladamente del contexto general de la práctica médica, y que evitemos que se desalienten ante temas abstractos que a menudo les son difíciles de comprender.

Creo que todos hemos podido identificar el sentimiento de angustia en algunos estudiantes y el de apatía en otros, cuando se enfrentan a largas discusiones abstractas sobre las estructuras, funciones y mecanismos de autorregulación del organismo, cuya finalidad no alcanzan a entender.

Abraham Cantarow hace la siguiente observación al respecto (7): "en el dilatado trato con estudiantes me ha llamado la atención que, en términos generales, la comprensión de la bioquímica sea menos adecuada que la de otros aspectos de la medicina" y continúa con una explicación: "esta dificultad depende principalmente de que los grandes adelantos logrados en los últimos años se refieren a áreas muy especializadas y para entenderlos se tropieza con el escollo de la nomenclatura técnica y la insuficiencia de conocimientos previos . . ."

Comparto plenamente la observación, pero creo que su explicación es totalmente insuficiente. Pienso que el dar a los estudiantes que se inician la oportunidad de tomar contacto previamente con problemas concretos, para luego intentar su explicación científica y con esta reinterpretar aquellos problemas, es un planteamiento concordante con principios del desarrollo de la inteligencia aceptados universalmente, con normas pedagógicas que propugnan mecanismos para un aprendizaje más efectivo, y especialmente con los principios del método general de la ciencia.

Lo dicho presupone reubicar a las ciencias fisiológicas, invirtiendo, al menos parcialmente, la lógica de estructuración curricular que actualmente parte de lo abstracto para ir a lo concreto, superando este obstáculo que compromete el deseo y la facultad de aprender de los alumnos.

FORMACION DE LOS ALUMNOS PARA LA INVESTIGACION POR MEDIO DE LA INVESTIGACION

La proposición que se acaba de hacer me conduce a retomar algunas consideraciones que hicimos con oportunidad de la Segunda Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de las Ciencias Fisiológicas (8). En esa ocasión convenimos en promover el diseño curricular en base a problemas identificados en la propia población: la identificación de los problemas debería ir seguida de la obtención de la información necesaria y de la correlativa formulación de hipótesis. En otras palabras, lo que se proponía era formar a los estudiantes para la investigación, por medio de la investigación, capacitándoles para aprender a analizar las situaciones, a plantear los problemas de una manera amplia y para que, reconociendo las limitaciones de su propio sistema conceptual, procuren ampliarlo en una perspectiva histórica.

Esta es una tarea cuyo enunciado puede parecer fácil, pero que presupone, para llevarla a la realidad, el contar con la concurrencia de varios factores, entre los cuales cabría destacar por ahora aquellos inherentes a la propia estructura institucional de la universidad y a la forma en que esta organiza la transmisión del conocimiento.

EL SABER COMPARTAMENTALIZADO

Es sabido que la universidad contemporánea está compartamenta-

lizada, tanto académica como administrativamente, y que esta estructura se corresponde nítidamente con la parcelación del saber de la hora presente. Las disciplinas son las unidades que dan base a la organización universitaria, reflejando en su estructura jerárquica el "valor social" de las distintas especialidades de la enseñanza y la investigación. Como anoté antes, el aprendizaje fragmentado conduce a la formación de profesionales capacitados para desempeñar funciones limitadas, repetitivas y alienantes.

Por lo mismo, una modificación de la estructura institucional universitaria sería una condición necesaria, pero de ningún modo suficiente, si se quisiera cambiar la "manera disciplinaria" de transmitir el conocimiento. Pienso que sería insuficiente porque un esfuerzo orientado hacia la formación de los estudiantes por medio de la investigación de fenómenos concretos, superando la formación disciplinaria, lineal y de corto alcance, presupone considerar no solo la modificación de la estructura universitaria, sino otros aspectos relacionados con la división social del trabajo y con los factores que ordenan la producción de conocimientos en determinados momentos de la historia. Tal esfuerzo presupone también dar asidero a innovaciones en los procesos de enseñanza e investigación que remiten a lo que en la actualidad se denomina interdisciplinariedad y transdisciplinariedad.

Un breve discurrir por estos campos nos ayudará a recuperar algunas herramientas conceptuales que haga más fácil nuestra tarea.

DISCIPLINAS E INTERDISCIPLINAS

Ante todo, me parece pertinente situar previamente algunas definiciones sobre términos como disciplina, multidisciplinario, pluridisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario, que han empezado a ser objeto de largos análisis, especialmente a raíz del seminario organizado en 1970 por la Secretaría del Centro para la Investigación e Innovación de la Enseñanza de la OECD (9).

Disciplina: conjunto específico de conocimientos, susceptible de ser enseñado y que tiene sus propios antecedentes en cuanto a educación, formación, procedimientos, métodos y áreas de contenido.

Multidisciplinario: yuxtaposición de diversas disciplinas que no tienen relación aparente.

Pluridisciplinario: yuxtaposición de disciplinas que se suponen más o menos relacionadas.

Interdisciplinario: interacción existente entre dos o más disciplinas diferentes. Tal interacción puede ir desde la simple comunicación de ideas hasta la integración mutua de conceptos, métodos, procedimientos, terminología . . . ; su organización es el resultado de un esfuerzo común, alrededor de un problema común.

Transdisciplinario: establecimiento de una axiomática común para un conjunto de disciplinas.

Si la interdisciplinariedad es el resultado de la fusión de conceptos y de métodos para dar nacimiento a nuevos conocimientos y por ende a una nueva disciplina, entonces su ámbito de competencia es el de la investigación, en tanto que si la pluridisciplinariedad se la entiende como la yuxtaposición de disciplinas para facilitar "préstamos recíprocos", entonces su ámbito sería el de la práctica educativa.

La bioquímica es un buen ejemplo de la fusión de conceptos y métodos de varias disciplinas; la "fecundación cruzada" de la química y la fisicoquímica con la biología y la fisiología, ha dado nacimiento a esta nueva disciplina, en la cual se reconoce, como bien anota Cantarow (7), una gran superposición de las disciplinas que le dieron origen, tanto en el lado químico de su árbol genealógico, como en su vertiente biológica. Pero bien, ¿es la bioquímica una disciplina o es una interdisciplina?; ¿la interdisciplina de hoy es la disciplina del mañana? Veamos este asunto un poco más de cerca. El "elevar" una interdisciplina hacia la categoría de disciplina presupone una transformación que involucra el desprender a la primera de los campos que fueron su matriz, conferirle un "status", un territorio y un lenguaje definidos; en otras palabras, significa establecer sus fronteras dentro del saber existente y construir su propio encuadre teórico.

DISCIPLINARIEDAD Y TOTALIDAD SOCIAL

Un proceso de transformación de esta naturaleza se produce obviamente en el plano de la totalidad social; no puede hacerse fuera de él; tiene que apoyarse en las categorías existentes en ese momento histórico y por lo mismo, su aparato teórico reflejará las características de esa totalidad social. Ya lo señaló Bachelard: "toda ciencia particular produce, en cada momento de su historia, sus propias normas de verdad (10).

Jacoud sostenía en 1866, en la Facultad de Medicina de París, que la glucemia es un fenómeno inconstante y patológico y añadía: ". . .

no es posible atribuir el estado diabético a la exageración de una operación fisiológica que no existe. . ." (11). Solamente la concepción fisiopatológica de Bernard le permitió a este replicar así: "la glucemia no es en el diabético un fenómeno patológico de por sí, sino por su cantidad; en sí misma, la glucemia es un fenómeno normal y constante en el estado de salud" (12).

Estas mutaciones, estos cambios que se identifican en el pensamiento científico reconocen dispositivos pertenecientes a la propia totalidad social que con frecuencia son totalmente independientes del interés de la propia ciencia y que a menudo son olvidados por quien "enseña" la medicina en una forma histórica.

Dominique Lecourt (13) destaca objetivamente esta posición. Al comentar sobre el descubrimiento del yodo dice que este se presenta como el resultado de "un encuentro" entre un salitrero y dos químicos a quienes el primero buscó para que le ayudasen a identificar una sustancia que corroía sus aparatos metálicos. La sustancia resultó ser yodo y su descubrimiento el fruto de un azar. Sin embargo, Lecourt señala que en esa época la química estaba orientada hacia la búsqueda e identificación de las sustancias activas presentes en los compuestos orgánicos, orientación que respondía a un requerimiento de la industria. Por lo mismo, el descubrimiento del yodo no es accidental como se lo quiere hacer aparecer, sino que responde a un contexto económico, y teórico y técnico muy explícito.

La sucesión de las ciencias, de casualidades, que anima a la cronología de las ciencias, tornándola en una especie de novela de aventuras, se repite incesantemente en muchos textos, hasta nuestros días. A propósito, quiero citarles lo que dice Stryer, de la Universidad de Yale, en el libro de *Bioquímica* publicado en 1976 (14), con relación al descubrimiento del AMP cíclico: "Sutherland escribió a Heppel acerca de esta molécula con la esperanza de que él fuera capaz de ayudarle a aclarar su estructura; al mismo tiempo Lipkin había escrito a Heppel describiendo un nuevo nucleótido que se producía al tratar ATP con hidróxido de bario. Heppel sospechó que Sutherland y Lipkin estaban estudiando la misma molécula y los puso en contacto". De esta casualidad devino el descubrimiento de la molécula que resultó ser el AMP cíclico.

Esta "casualidad epistolar" (que indudablemente vino a aclarar enormemente el mecanismo de acción de las hormonas) ¿será un hecho que se dió por obra del azar o es que existen encrucijadas epis-

tolares en los caminos de la ciencia? Si esto es así, habría que dilucidar cuál es la lógica que dirige la ubicación de tales encrucijadas en el seno de unas sociedades y no en otras.

En todo caso, si las disciplinas devienen en cambios permanentes, si recrean sus soportes teóricos, respondiendo a dispositivos que emergen de la totalidad social, entonces su propio desarrollo podría vislumbrarse en la medida en que se identifiquen tales dispositivos.

DISCIPLINARIEDAD Y DIVISION DEL TRABAJO

En consecuencia con lo dicho, el "ideal de la interdisciplinariedad" tendrá que analizarse en función de todo el conjunto social. La fecundación cruzada de varias disciplinas, la fusión de sus métodos, de sus conceptos, de su terminología, irá haciéndose una realidad tangible en la medida en que se modifiquen ciertas condiciones que dirigen la propia producción de conocimientos. La investigación y la educación obedecen en nuestra sociedad a la ley general de la división del trabajo, hecho que sustenta la fragmentación de la actividad humana en parcelas cada vez más pequeñas y que da la pauta para la organización y para la transmisión disciplinaria y subdisciplinaria del conocimiento. Aún más, una misma disciplina asume diferentes grados de complejidad dependiendo del grupo humano al cual debe ser transmitida. Es muy fácil constatar, por ejemplo, que existe una bioquímica para estudiantes de enfermería y otra bioquímica para estudiantes de medicina. La fragmentación del trabajo y la fragmentación del saber se corresponden pues estrechamente en nuestra sociedad y ambas se constituyen en factores de alienación.

LA FORMACION POLIVALENTE

Desde luego, la propia dinámica social sitúa vías que tienden hacia la superación de estos problemas: asistimos a una etapa histórica en la cual el conocimiento se fragmentó en disciplinas y subdisciplinas cada vez más especializadas; sin embargo, y al parecer, paradójicamente, asistimos en forma simultánea a un proceso por el cual las múltiples parcelas del saber tratan de retomar para sí diversos campos científicos. Hay de hecho, como lo anota Piaget (15) un profundo

trastorno de las nociones, que deriva del cambio de las escalas de observación; en varias disciplinas, y notoriamente en la fisicoquímica, se ha descendido por debajo de la escala correspondiente al universo de nuestras percepciones ordinarias, llegando al análisis de fenómenos microfísicos e intraatómicos. Es así también, como en el campo médico—aunque en una perspectiva diferente—la histopatología empieza a reunir a los problemas vasculares y musculares en el grupo de las colagenosis, y es así igualmente como la propia bioquímica trata de reagrupar en el seno de las enfermedades metabólicas varios problemas que, hasta hace poco, eran del exclusivo dominio de la nefrología, la endocrinología, la hematología, etc.

Cabría preguntarse a qué obedecen estas tendencias. ¿Será simplemente “el resultado de una actitud mental que combina la curiosidad con un criterio amplio y un espíritu de aventura y descubrimiento?”, tal como lo señala Michaud (16), ¿o será más bien, como este mismo autor preconiza—al parecer contradiciéndose—que se trata de una necesidad de la sociedad del mañana que reclama la formación de individuos polivalentes?

Creo que la contrastación de estas dos tesis: la de un espíritu curioso y aventurero *vs.* una necesidad social, abre un camino fructífero para la reflexión y el análisis, a fin de descubrir la intencionalidad de una práctica educativa fundamentada en la expansión de investigaciones interdisciplinarias.

De todos modos, creo que debemos convenir en que, dados los siempre crecientes costos involucrados en la investigación y la educación, ya no es posible y aceptable que cada disciplina pretenda desarrollarse independientemente de las otras. Es un hecho que la creciente complejidad de los problemas suscitados por una sociedad rápidamente cambiante exige una concentración interdisciplinaria. Creo que la investigación tiene que ser cada vez más interdisciplinaria y que la pluridisciplinaria en el interior de las universidades facilitará que el proceso educativo pueda ser remozado.

La yuxtaposición de disciplinas relacionadas entre sí es un mecanismo adecuado para que los grupos humanos que trabajan en cada una de ellas vayan encontrando los puntos de contacto, los problemas comunes, en cuya búsqueda de solución se irán superando progresivamente la fragmentación y el aislamiento en el trabajo mismo y la correlativa parcelación del saber. Si esto se alcanza, el modo de transmisión del conocimiento se modificará en consecuencia, y por ende se transformará la estructura institucional que los sustenta.

BREVE CONCLUSION

La formación de los estudiantes para la investigación, por medio de la investigación, a través de un proceso que se inicie no en el estudio de fenómenos abstractos sino en el análisis de los problemas concretos que se dan en la totalidad social, con un enfoque que sea a la vez histórico e interdisciplinario, sería, en síntesis muy apretada, el planteamiento que me permito poner en consideración de ustedes.

Naturalmente que una educación así concebida presupone nuevos propósitos y nuevos criterios de organización de la enseñanza. Entre estos últimos destacan la reubicación curricular de las ciencias fisiológicas y el abordaje pluridisciplinario de estas ciencias.

El enunciado de nuevos propósitos obliga a repensar la misión de la universidad. Nuestros estudiantes esgrimen constantemente el siguiente argumento: "la reforma universitaria implica la transformación de la sociedad". Pienso, como Jantsch (17), que este argumento no puede ser negado y que la universidad es la institución mejor calificada y más legítimamente designada para orientar esa transformación y su propia reestructuración.

RESUMEN

El autor señala que el conocimiento que se transmite en las universidades está cada vez más fragmentado en multitud de disciplinas, lo cual determina la preparación de individuos capacitados para el desempeño de funciones limitadas que le impiden desarrollar todas sus capacidades. Se refiere a la ubicación de las ciencias fisiológicas en el currículo de la carrera de medicina, y destaca la importancia de partir de lo concreto hacia lo abstracto para luego volver a lo concreto en el estudio de estas ciencias.

Formula consideraciones acerca de la necesidad de la modificación de la estructura institucional universitaria para cambiar la manera "disciplinaria" de transmitir el conocimiento. Considera que un proceso de transformación de esta naturaleza ha de basarse en el análisis de los problemas concretos que se producen en la totalidad social, con un enfoque histórico e interdisciplinario.

REFERENCIAS

- (1) Ferreira, J. R. Las ciencias fisiológicas en la formación del médico. *Educ Med Salud* 9(1), 75-89, 1975.

- (2) Canguilhem, G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, S.A., 1971.
- (3) Bernard, C. *Leçons sur la chaleur animale*. París, J. B. Baillièrè, 1876. Citado por Canguilhem.
- (4) Bernard, C. *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*, 2 vols. París, J. B. Baillièrè, 1878-79. Citado por Canguilhem.
- (5) Esta cita de Nietzsche tomada de "La Voluntad de Dominio" aparece en la obra de Canguilhem *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 1970, pág. 22.
- (6) Bernard C. *Principes de médecine expérimentale*. París, Presses Universitaires de France, 1947.
- (7) Cantarow, A. y B. Schepartz. *Bioquímica*, 4ª ed., México, Editorial Interamericana, 1969.
- (8) Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de las Ciencias Fisiológicas en las Escuelas de Medicina de la América Latina (Washington, D.C., 18-26 de julio de 1974). *Educ Med Salud* 9(1):90-100, 1975.
- (9) El Seminario sobre la Interdiscipliniedad en las Universidades, organizado por el CERI (OECD) en colaboración con el Ministerio francés de Educación Nacional se efectuó en la Universidad de Niza, Francia, del 7 al 12 de septiembre de 1970.
- (10) Bachelard, G. *La formación del espíritu científico*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, S.A., 1974.
- (11) Jacoud, S. *Leçons de clinique médicale faites à l'Hôpital de la Charité*. París, De la Haye, 1867. Citado por Canguilhem.
- (12) Bernard, C. *Leçons sur le diabète et la glycogénèse animale*. París, J. B. Baillièrè, 1877. Citado por Canguilhem.
- (13) Lecourt, D. *Para una crítica de la epistemología*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, S.A., 1973.
- (14) Stryer, L. *Bioquímica*. Madrid, Editorial Reverte, S.A., 1976.
- (15) Piaget, J. *Naturaleza y métodos de la epistemología*. Buenos Aires, Editorial Proteo, 1970.
- (16) Michaud, G. Conclusiones generales. En: *Interdiscipliniedad. Problemas de la enseñanza y de la investigación en las universidades*. México, Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, 1975.
- (17) Jantsch, E. Towards interdisciplinarity and transdisciplinarity in education and innovation. En: *Interdisciplinary—Problems of Teaching and Research in Universities*. París, CERI-OECD, 1972.

THEORY AND PRACTICE, THE DISCIPLINARY AND THE INTER-DISCIPLINARY APPROACH TO THE TEACHING OF THE PHYSIOLOGICAL SCIENCES (Summary)

It is the author's thesis that the knowledge imparted in universities is being increasingly fragmented into a multitude of disciplines, which results in graduates who are trained to perform very limited functions and hence are impeded from developing their full potential. He refers to the

position of the physiological sciences in the medical school curriculum and emphasizes the importance of moving from the concrete to the abstract and then back to the concrete in the study of these sciences.

He discusses the need to change the institutional structure of the university in order to move away from this "disciplinary" approach to the imparting of knowledge. He feels that a change of this kind should be based on analysis, from a historical and interdisciplinary standpoint, of the concrete problems that arise in every part of society.

O ABSTRATO E O CONCRETO, O DISCIPLINAR E O INTERDISCIPLINAR NO ENSINO DAS CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS (*Resumo*)

Observa o autor que o conhecimento transmitido nas universidades está cada vez mais fragmentado em numerosas disciplinas, o que determina a preparação de indivíduos capacitados para o desempenho de funções limitadas, fato que impede o desenvolvimento de todas as suas capacidades. Refere-se à posição das ciências fisiológicas no currículo do curso de medicina e destaca a importância de partir do concreto para o abstrato, para voltar a seguir ao concreto no estudo dessas ciências.

Tece considerações sobre a necessidade de modificar a estrutura institucional universitária a fim de mudar a maneira "disciplinar" de transmissão do conhecimento. Considera que um processo de transformação dessa natureza deve-se basear na análise dos problemas concretos que se manifestam no todo social, com critério histórico e interdisciplinar.

LES ASPECTS CONCRET, ABSTRAIT, DISCIPLINAIRE ET INTERDISCIPLINAIRE DE L'ENSEIGNEMENT DES SCIENCES DE LA PHYSIOLOGIE (*Résumé*)

L'auteur signale que les connaissances imparties dans les universités sont chaque fois plus fragmentées en une multitude de disciplines, ce qui détermine la préparation d'individus capables de remplir des fonctions limitées qui les empêchent de se développer pleinement. Il se réfère à la place qu'occupent les sciences de la physiologie dans le programme des études de médecine et souligne l'importance qu'il y a de partir du concret vers l'abstrait pour ensuite en revenir au concret dans l'étude de ces sciences.

L'auteur fait ensuite des considérations sur la nécessité de modifier la structure institutionnelle universitaire de façon à changer la manière disciplinaire de transmettre les connaissances. Il estime qu'un processus de transformation de ce genre doit se fonder sur l'analyse des problèmes concrets que soulève la totalité sociale et ce, dans une optique historique et interdisciplinaire.

La enseñanza de la medicina interna en la formación del médico¹

DR. CARLOS MONGE² Y DR. CARLOS A. VIDAL³

La enseñanza de las ciencias de la salud y específicamente de la medicina interna ha seguido un camino paralelo al desarrollo de las ideas y al empleo de métodos científico-tecnológicos en América Latina.

Este paralelismo, indudablemente no fue resultante del azar sino de las coyunturas del devenir histórico. Así observamos cómo en América Latina, en lo que respecta a ciencia y tecnología, se presenta históricamente una falta de idoneidad en la utilización del conocimiento y de los recursos tecnológicos. Estudiemos esta falta de idoneidad.

La ciencia y la tecnología fundamentalmente aparecen como frutos de la Revolución Industrial que se inició en Inglaterra y en gran parte de la Europa del siglo XIX. En esos países y en el naciente Estados Unidos de América, la ciencia y tecnología crecieron en función de una realidad socioeconómica. En América Latina este hecho no ocurrió, y la ciencia y tecnología fueron adquiridas a través de un proceso cultural y no como producto de una realidad nacida de una rápida industrialización como en el caso anterior. La ciencia y tecnología de la salud no han escapado de este fenómeno evolutivo. Muchas de las anomalías de hoy en día a este respecto, han sido el resultado únicamente de la introducción cultural de conocimientos y métodos en salud que pertenecían a otras realidades.

La educación en ciencias de la salud, como decíamos anteriormente, no ha escapado de esta falta de idoneidad. Currículos tomados a préstamo de otros contextos, programas de enseñanza donde se enfatizan aspectos nosológicos no prevalentes en nuestros países, etc., cons-

¹Documento presentado a la Segunda Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza Integrada de la Medicina Interna y sus Especialidades (Washington, D.C., 13-18 de diciembre de 1976).

²Profesor Principal de Medicina, Programa Académico de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

³Funcionario de la División de Recursos Humanos e Investigación, OPS/OMS.

tituyen lo predominante en las instituciones de formación de personal de salud en la Región. Es solo en los últimos años que en algunas escuelas médicas de esta parte del continente, el currículo tiende a reflejar la realidad social, la situación de salud y el medio ambiente donde se lleva a cabo la enseñanza. Un ejemplo notable de la falta de conexión entre el conocimiento y la realidad ambiental lo ofrece el área andina. Los alumnos aprenden en sus textos valores normales sanguíneos o fisiológicos que no son propios del ambiente donde van a trabajar. Así, las cifras de hemoglobina y bicarbonato sanguíneo son función de la altura de residencia, del sexo, de la edad del residente a determinada altura y aún de la situación socioeconómica. Como no se dispone de información integrada y publicada al servicio del estudiante, ni muchas veces al alcance del profesor, se ejercen las acciones de salud empíricamente o equivocadamente en muchos casos. Este mismo ejemplo se puede aplicar a la problemática de salud del gran ambiente tropical latinoamericano.

Indudablemente hay muchas formas posibles de corregir esta falta de idoneidad. Una de ellas consiste en la introducción temprana del estudiante de medicina en su medio ambiente como miembro activo del equipo de salud. Se intenta así el descubrimiento de la realidad ambiental, biológica y social, y el desarrollo o utilización de la metodología adecuada a la solución de los problemas emanados de esa realidad (1).

Esta nota previa sobre la evolución del proceso científico-tecnológico de la salud en América Latina y la propuesta concreta de la introducción temprana del estudiante como elemento activo del equipo de salud, creemos que han de servir de base para tocar el tema central de la Segunda Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Medicina Interna y sus Especialidades, o sea la integración de la enseñanza de la medicina interna. Estamos seguros de que en el curso de esa reunión se discutirán extensamente las bases racionales y lógicas que existen para la integración del proceso de enseñanza-aprendizaje. Quisiéramos agregar, que para no arriesgar, una vez más, la incorporación de ideas o métodos que puedan no estar de acuerdo con nuestra realidad, deberíamos crear una demanda de integración nacida de nuestras propias experiencias. Es aquí donde radica la importancia de introducir al estudiante en la tarea cotidiana de salud. Es evidente que este servidor intelectual y manual demandará el conocimiento simultáneamente de diversas fuentes: biológica, sociológica, farmacológica,

etc. Su demanda no estará programada y será impredecible en el tiempo. Esto obligará a ofrecerle un plan de estudios integrado y flexible que en el tiempo mínimo le permita una formación integral. Sin duda—y no sin razón—muchos educadores verán en esta propuesta un peligro de excesiva pragmatización con disminución de la calidad académica. Sin embargo, creemos que, por el contrario, esta demanda requiere de profesores de alto nivel, no solo en lo que ha conocimientos respecta, sino fundamentalmente en su capacidad de resolver problemas biomédicos. Requiere también un sistema interdisciplinario que ayude al profesor a realizar interconsultas frecuentes con sus colegas de otros campos. El profesor deberá desarrollar también un interés permanente en la realidad ambiental y socioeconómica como parte de su interacción con el estudiante.

Como dice Ferreira (2):

“Esta situación plantea un cambio en el método de diseño de los planes de estudio, en el cual se pasa del ‘objetivo de contenido’ (conocimientos) al ‘objetivo de proceso’ (esquemas de acción). La primera es una situación de naturaleza exclusivamente teórico-deductiva y en la segunda se busca una completa utilización del ciclo de razonamiento, partiéndose de lo ‘empírico-inductivo’ para llegar a nivel de las disciplinas específicas a determinar el conocimiento respectivo y cumplir la etapa teórico-deductiva.

En el sistema tradicional que no está basado en este enfoque, se supone que el alumno acumule conocimientos y trate de crear una forma de razonamiento que le permita aplicarlos en términos ‘heurísticos’ (procedimientos que no están basados en una conducta previamente definida). Con la presente proposición se estaría admitiendo un adiestramiento orientado hacia la solución de problemas en esquemas ‘algorítmicos’ (conductas predeterminadas)”.

¿Es este sistema compatible con la llamada investigación básica? Sí lo es, si consideramos que la investigación básica, como la actividad artística, la llevan a cabo individuos cuyo interés y habilidad los impulsa en esa dirección, pero no lo es si concebimos este tipo de investigación solo en base a salarios, contratos y obligaciones administrativas, o sea en una “profesionalización de la investigación”. La investigación básica es como la mutación biológica, sus resultados son impredecibles por ahora. La ciencia aplicada es como el medio ambiente, selecciona los descubrimientos y los pone al servicio de la comunidad. Sin la investigación básica no hay descubrimientos, sin ciencia aplicada no hay servicio a la comunidad. Creemos que la investigación básica es parte fundamental de la “operación de salud” y

que en cualquier sistema curricular ella estará presente, si están presentes los individuos interesados.

Quisiéramos tocar ahora el importante tema de la integración curricular en relación con la duración de los estudios médicos. El fraccionamiento excesivo del currículo en general y de medicina interna en especial, ha traído como consecuencia el alargamiento impresionante de la preparación del médico. Aun en el caso donde los estudios de pregrado han sido acortados, la introducción del sistema de posgrado, de residencia, de especialidades, etc., ha producido un alargamiento curricular. Una vez más, estos sistemas no han nacido de las realidades nacionales de salud, sino que en su gran mayoría son importaciones culturales. En relación con este punto también creemos que la adquisición temprana de destrezas disminuirá la necesidad de acudir a períodos prolongados o tardíos en el aspecto psicodinámico del aprendizaje. Parece entonces fundamental discutir simultáneamente con la integración de la enseñanza el problema de considerar esta enseñanza realmente como un proceso, en su extensión total, como un continuo, y no como una serie de compartimientos estancos, unidos exclusivamente por su consecución en el tiempo, transformándose así la enseñanza de la medicina interna en la enseñanza sucesiva de las especialidades médicas.

Otro obstáculo que generalmente se coloca a esta propuesta, es la consideración de si esta combinación de introducción rápida del estudiante de medicina como servidor de salud, con un currículo breve e integrado, es compatible con la formación científica de un profesional de la salud o solo conducirá a la formación de un "técnico" incapaz de conocer las causas y carente de espíritu científico.

Comencemos por recordar que no todos están de acuerdo con que el método científico requiere de una larga capacitación en la observación objetiva. El filósofo de la ciencia Karl Popper, en su libro *Logic of Scientific Discovery* (3), no está totalmente de acuerdo con la secuencia clásica señalada por Francis Bacon, para quien un prerrequisito en el método científico es la observación objetiva como base del método inductivo-deductivo. El resultado de este método es la formación de una hipótesis de trabajo. Para Popper, el investigador lleva consigo un prejuicio, una hipótesis preconcebida en el momento de la observación. Este prejuicio es el que hace que el investigador observe con ánimo de descubrir algo. En este sentido el observador más objetivo es aquel que no es científico. Quien no espera descubrir algo, en general no descubre nada. O sea que más importante que hacer una

observación y una investigación, son las preguntas que el investigador o el observador debe hacerse: ¿por qué observó? ¿para qué observó? ¿por qué investigó? ¿para qué investigó? Podemos entonces asumir, si aceptamos a Popper, que no parece indispensable para investigar la adquisición de una larga experiencia en el método, lo importante es estimular la curiosidad del estudiante y educarlo en el análisis científico de sus observaciones y datos en el tiempo más breve posible. El papel del profesorado pasa a ser entonces el de un elemento experimentado en este juego entre la hipótesis, la observación y el método experimental. La transmisión de conocimientos en forma pasiva—uno de los grandes males educativos en América Latina—quedará así relegada y suplantada por una participación activa del estudiante como sujeto de su propio proceso de aprendizaje.

Felizmente no estamos solos en nuestros deseos de no abusar de la escolarización. De todos son conocidos los esfuerzos de Ivan Illich por denunciar la escolarización como el gran mal educativo de la era (4). Einstein, refiriéndose a los males de la enseñanza escolarizada, señala que “la mejor forma de quitarle la fiereza a un tigre es escogerle la comida que a nosotros nos parece más conveniente y dársela a la hora que su guardián considera conveniente”. Tampoco estamos solos cuando consideramos que el científico no es un hombre particularmente dotado para la llamada investigación científica, alejado de todo un contexto social y político que lo rodea. Esto no es así, el científico es un hombre común y corriente que ha desarrollado un espíritu científico. Si bien esto lo aplicará cuando está haciendo un trabajo científico, no siempre lo podrá hacer en su vida cotidiana, en su rutina de trabajo en salud, sin que por ello pierda su condición de científico. Si un científico aplicara siempre su método a la actividad cotidiana o a la rutina, para conservarse como tal, sería un hombre anulado, no tendría derecho a dar opiniones sobre deportes, sobre política, sobre artes, sobre amor, pues para ser científico debería analizar cada opinión, comprobarla y si es necesario rechazarla muchas veces. Bertrand Russell (5) nos dice que “un científico solo es científico en el momento en que hace un trabajo científico”.

No podemos dejar de mencionar, en relación con los cambios curriculares propuestos, basados en la interdisciplinariedad y en la realidad de salud del país donde se inscribe el proceso de enseñanza-aprendizaje, el papel que juega la práctica de salud como hegemónica y orientadora del proceso educativo. Indudablemente que poco se podrá hacer mediante cambios en la educación para transformar esa práctica

de salud, pero sí se podrá cambiar la práctica de salud y como consecuencia de este cambio se lograrán cambios en el proceso de formación, si la universidad y su inteligencia dejan de tener como fin el proceso educacional—que es un mero instrumento en realidad—para tener como objeto de transformación, como objeto de su quehacer, esta práctica de salud. Como dicen Apostel *et al.* (6) “El papel de la universidad es crear, criticar y difundir una nueva cultura y mantener relaciones dialécticas con la sociedad”. La causa esencial de la crisis de la universidad es su creciente maladaptación a una sociedad rápidamente cambiante. Por tanto, el primer objetivo de este proceso de cambio será el restablecer el contacto entre una y otra. Pero es importante disipar todo equívoco en lo que se refiere a esta conexión. Si la universidad debe estar al servicio de la sociedad, y en consecuencia ha de integrarse más a ella, esto no significa que debe quedar inmediatamente detrás. Una sociedad que busca un camino necesita de un órgano de iniciativa y control y solo la universidad parece hoy capaz de asumir este doble papel, siempre y cuando mantenga la distancia adecuada, desarrolle vínculos estrechos con el cuerpo social y evite toda dependencia. En suma, se trata de darle a la universidad, bajo formas nuevas evidentemente, el poder espiritual que tenía en sus orígenes y que le permitió por largo tiempo desempeñar el papel de fermento en el desarrollo de la civilización.

En otras palabras, y en relación directa con las escuelas de ciencias de la salud, estas deberían cumplir un papel de órgano motor y regulador de una práctica de salud de acuerdo con las necesidades reales de salud, en donde los modelos de dicha práctica serían elaborados y sujetos a revisión y crítica permanente, en donde la comunidad pueda participar, y en donde se formarían los hombres que van a llevar a la práctica esos modelos. Es este el fundamento de la integración docente-asistencial.

Este planteamiento nos lleva a analizar las diferentes prácticas de salud que se dan en nuestros países y las que se trata de implantar como esfuerzo colectivo regional: la ampliación de la cobertura de salud y la atención primaria para las poblaciones rurales y marginadas de las ciudades. Es evidente que un aumento sustancial de la cobertura en un plazo breve representa un desafío a las escuelas de medicina. O se forma un profesional médico rápidamente y un número suficiente para afrontar el aumento de la cobertura o se acude a personal no médico. Creemos que no debe acudir a una sola de estas soluciones. Es tan indispensable la formación de personal de la propia comunidad

como preparar más médicos en función de esta práctica. Es utópico pensar que este problema es estático y que ofrece una solución en sí mismo. Proponemos la formación de un profesional con conocimientos suficientes, preparado en función de la demanda, y a lo largo de un proceso continuo de aprendizaje. Este profesional debe alcanzar niveles crecientes de complejidad en su adiestramiento de acuerdo con su interés, capacidad y demanda de recursos humanos de uno u otro tipo.

En relación con este tema, parece necesario discutir el empleo tradicional del hospital en la enseñanza de la medicina interna (7). Se ha calculado que probablemente 100 de cada 1,000 acciones de salud se llevan a cabo en el hospital (8). Creemos por tanto, de acuerdo con esta dimensión numérica, que la docencia debe ser fundamentalmente extrahospitalaria a nivel del pregrado. Por supuesto que el hospital contiene los niveles más altos de complejidad de las acciones curativas y que estos niveles deben pesar en el número de horas y tipo de enseñanza en una escuela médica, pero también es cierto que es el recurso menos utilizado, y más caro, en las actividades de salud. Consideramos entonces que el plan de estudios no solo debe contemplar la complejidad de una acción sino también el número de acciones. En el hospital se verá lo complejo individual, en la comunidad se tendrá la complejidad numérica. El empleo de una región de salud como área de docencia-servicio parece ser un paso práctico en la extensión del proceso de enseñanza-aprendizaje en todos los niveles de atención y en la propia comunidad, en lugar de la utilización única del hospital "docente". Los trabajadores de la salud han aceptado una responsabilidad muy grande al tomar en sus manos una tecnología al servicio directo del hombre. Ello nos obliga a aumentar el conocimiento y ponerlo al servicio de la comunidad. Cómo enseñar a los estudiantes a asumir esta responsabilidad en forma eficiente, creadora, y en un período razonable de tiempo es el objetivo primario de la presente Reunión.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA INTERNA

La División de Recursos Humanos e Investigación de la OPS/OMS ha llevado a cabo una serie de actividades tendientes a tratar de lograr que las escuelas de medicina de la América Latina alcancen niveles

cada vez más altos de integración interdisciplinaria en la enseñanza de la medicina en general y de la medicina interna y sus especialidades en particular.

Con el fin de obtener información a este respecto que pudiera servir de base para esta Reunión, de julio a noviembre de 1976 se realizó una encuesta entre los departamentos u organismos afines de medicina interna de 150 escuelas de medicina de la América Latina. Se recibieron 84 respuestas de 15 países (Cuadro 1).

CUADRO 1—*Número de facultades o escuelas que respondieron a la encuesta, por países.*

País	No. de facultades o escuelas
Argentina	6
Bolivia	2
Brasil	30
Colombia	6
Cuba	1
Chile	6
El Salvador	1
Guatemala	1
Honduras	1
México	22
Nicaragua	1
Perú	2
República Dominicana	1
Uruguay	1
Venezuela	3
Total	84

El mayor número de respuestas corresponde al Brasil, pero se debe considerar que dicho país tiene 73 escuelas de medicina, lo que significa que de ellas únicamente respondieron el 41% de los departamentos de medicina interna o sus afines.

Los resultados de esta muestra se agruparán de acuerdo con las mismas categorías de análisis en que se basó la encuesta.

En primer lugar, se observó que en su gran mayoría (83.33%) las escuelas de medicina han adoptado el sistema departamentalizado o tienen un organismo equivalente que cumple las funciones de tal. En el 9.53% de las escuelas no existe dicho sistema y en el 7.14% la ense-

ñanza está organizada por unidades o módulos de docencia. La departamentalización se ha llevado a cabo en el 71% de las escuelas de 1960 a 1974. En el quinquenio de 1970 a 1974 se estableció el mayor número de los departamentos, lo que representa una creación más tardía en relación con la de los departamentos de ciencias básicas, que en su mayoría fueron establecidos en la década de 1960 a 1970.⁴

La organización de los departamentos es muy variable. En la mayoría de ellos están involucradas las especialidades médicas; algunos incorporan además disciplinas como la patología y la radiología, y en otros todas las ciencias clínicas constituyen un único departamento, incluyendo la cirugía (medicina del adulto).

La denominada organización departamental en medicina interna, como en otros departamentos de las escuelas médicas, es más formal que real.

El 50% de los departamentos tienen programas de posgrado; un 2.38% lo tiene en ciertas disciplinas, y el 47.61% no lo tiene.

Solo 18 escuelas tienen profesores a dedicación exclusiva en medicina interna, además de profesores de tiempo completo, tiempo parcial y por horas; 34 tienen profesores que dedican a la universidad 40 horas a la semana; en 26 escuelas hay profesores que dedican a la universidad 20 horas semanales y profesores por horas, no teniendo profesores de dedicación exclusiva ni a tiempo completo, y 6 escuelas solo cuentan con profesores que le dedican menos de 20 horas semanales. Del total de 6,926 profesores que constituyen el personal de medicina interna de las 84 escuelas que respondieron a la encuesta, el 3.40% trabaja para su universidad a dedicación exclusiva, el 4.85% lo hace a tiempo completo (o sea 40 horas semanales), el 12.53% dedica a su universidad 20 horas semanales, y el 79.22% son profesores por horas (menos de 20 horas semanales).

En lo que respecta a la integración de las diversas disciplinas que conforman los departamentos de medicina interna y sus especialidades entre sí y con las ciencias fisiológicas y morfológicas, el 83.4% de los departamentos o sus equivalentes dijeron estar de acuerdo con la integración interdisciplinaria de la medicina interna y las especialidades médicas entre sí, el 14.3% no lo desea y el 2.3% solo la consideran factible con algunas disciplinas. En la integración con las ciencias fisiológicas, están de acuerdo el 73% y el 27% no desea integración alguna. En cuanto a la integración con los departamentos de ciencias

⁴Véase, Fernández, E. y C. Vidal. La enseñanza integrada de las ciencias morfológicas en la formación médica. *Educ Med Salud* 11(2):142-161, 1977.

morfológicas el 71% está de acuerdo y el 29% no la desea en absoluto.

Por otra parte, el 52.38% de los departamentos de medicina interna o sus equivalentes declararon que tienen buena integración con los departamentos de ciencias morfológicas, el 4.7% solo la tiene en algunas disciplinas y el 42.85% declaró no tenerla. De la información obtenida al respecto se puede inferir que el 47.62% de los departamentos de medicina interna no tienen una buena integración con los departamentos de ciencias fisiológicas.

En relación con los departamentos de ciencias fisiológicas, el 50% de los departamentos de medicina interna informó que tenía buena integración, y el 45.23% informó que no la tiene buena.

Con referencia a la integración entre las ciencias clínicas entre sí, los departamentos contestaron que en la realidad solo existía integración en el 40.47%, en el 57.14% no existía y en el 2.39% la integración era parcial, lo que hace un 60.53% de departamentos no integrados.

Por otra parte, en la encuesta se preguntó si en la respectiva escuela se había iniciado algún tipo de integración como política universitaria en general. Las respuestas recogidas están en contradicción con lo anotado anteriormente, referente a si los profesores están de acuerdo y si tienen buena integración interdepartamental como con los departamentos de ciencias fisiológicas y morfológicas. De los datos a que hacemos referencia, se desprende que solo en el 28.57% de las escuelas la integración es buena, en el 42.36% la integración es regular y en el 28.51% es mala.

La encuesta investigó asimismo acerca de la cuantía de estudiantes que utilizan libros de texto para su formación médica. De la información obtenida se infiere que un 45.23% de los departamentos afirma que solo el 50% o menos de sus alumnos usa libros de texto para estudiar, y el 9.53% opina que entre el 91 y el 100% de los alumnos usa libros de texto. En todo caso, el 54.77% de los departamentos manifestó que más del 50% emplea textos como material de aprendizaje. Otra contradicción no aclarada existe en estas cifras si las comparamos con los resultados obtenidos al respecto en la encuesta realizada sobre las ciencias básicas, donde el 84% de los departamentos señala que más del 50% de sus estudiantes utiliza libros para estudiar.

En lo que se refiere al conocimiento que tienen los departamentos de medicina interna del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS, el 57.16% de los departamentos respondió que es bien conocido, el 19.04% que conoce algo de él, y el 23.80% que lo desconoce. Esto

puede explicarse porque fundamentalmente la promoción del Programa se hace a nivel de autoridades o directamente con los "encargados" del Programa en dichas escuelas, no existiendo una buena comunicación interna. Un menor porcentaje (35.71%) se encontró en las respuestas en relación al conocimiento que los departamentos tienen del grado en que los estudiantes utilizan el Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS.

Esto se ratifica en las respuestas dadas en relación con el grado de cobertura que el Programa tiene en el ámbito estudiantil, pues entre mediana y amplia cobertura se agrupan el 66.67% de las respuestas. Aparentemente, el Programa no ha llegado al 1.19% de las escuelas que respondieron a la encuesta.

Fueron muy variables las razones que ofrecieron los departamentos de medicina interna para justificar el por qué los estudiantes no utilizan el Programa en toda su amplitud. Las respuestas incluyeron razones de orden técnico ("los textos no corresponden a los recomendados por el profesor"), 6.4%; de orden económico ("cuestan muy caro"), 21.7%, y de otro tipo ("poca divulgación del Programa", 34.4%; "los estudiantes no usan textos", 12.9%; "la facultad les entrega los libros", 1.0%; "no hay suficientes libros para comprar", 8.6%; "los estudiantes usan la biblioteca", 2.1%; "necesitan libros en portugués", 4.3%). El 8.6% no contestó al respecto.

El Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS incluye actualmente tres títulos relacionados con medicina interna. Su utilización por los departamentos de acuerdo con la encuesta es la siguiente:

	Sí	No	No lo conocen	No contestaron
<i>Tratado de medicina interna</i> (R. L. Cecil y R.F. Loeb)	85.72%	11.90%		2.38%
<i>Medicina interna</i> (T. R. Harrison <i>et al.</i>)	85.72%	9.52%		4.76%
<i>Tratado de enseñanza integrada de la medicina</i> (R. Passmore y J. S. Robson)	30.95%	11.90%	50.14%	7.01%

Por último, 43 departamentos recomendaron nuevos títulos, de los cuales los más solicitados fueron: *Tratado de medicina interna* (A. Harvey *et al.*); *Medicina interna* (P. Farreras-Valente), y *Patología clínica médica* (A. P. Pons).

RESUMEN

Este trabajo fue sometido como documento de referencia a la Segunda Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza Integrada de la Medicina Interna y sus Especialidades (Washington, D.C., 13-18 de diciembre de 1976).

En él se destaca la necesidad de introducir al estudiante de medicina, desde los primeros momentos, en su medio ambiente, como miembro activo del equipo de salud, y se formulan algunas consideraciones sobre los obstáculos que generalmente se colocan a esta propuesta. Se refiere asimismo al tema de la integración curricular en relación con la duración de los estudios médicos, así como al empleo tradicional del hospital en la enseñanza de la medicina interna.

En la segunda parte del documento se da cuenta de los resultados de la encuesta realizada por la OPS para obtener datos pertinentes sobre la forma en que se lleva a cabo la enseñanza de la medicina interna en la América Latina, en la que participaron 84 facultades o escuelas de 15 países de la región.

REFERENCIAS

- (1) Vidal, C. Medicina comunitaria: nuevo enfoque de la medicina. *Educ Med Salud* 9(1):11-54, 1975.
- (2) Ferreira, J. R. Las ciencias fisiológicas en la formación del médico. *Educ Med Salud* 9(1):74-89, 1975.
- (3) Popper, K. *Logic of Scientific Discovery*. Nueva York, Basic Books, Inc., 1959.
- (4) Illich, I. *La sociedad desescolarizada*. Breve Biblioteca de Respuestas. Barcelona, Barnal Editores, 1975.
- (5) Russell, B. *Autobiography of Bertrand Russell*. Boston, Atlantic Monthly Press, 1967.
- (6) Apostel, L., et al. *Interdisciplinarietà*. Biblioteca de la Educación Superior. México, D.F., Editorial de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, 1975.
- (7) Ferreira, J. R. Misión del hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica. *Educ Med Salud* 10(2):141-151, 1976.
- (8) White, K. Life and death and medicine. *Sci Am* 229:22-33, 1973.

TEACHING INTERNAL MEDICINE AND THE PREPARATION OF THE PHYSICIAN (Summary)

This paper was presented as a working document to the Second Meeting of the PAHO/WHO Program of Textbooks for the Integrated Teaching of

Internal Medicine and its Specialties (Washington, D.C., 13-18 December 1976).

The need to place the medical student in his environment from the first as an active member of the health team is stressed, and several considerations about the usual obstacles to this proposal are advanced. Reference is made to the subject of curricular integration as related to the length of medical studies and to the traditional use of the hospital in the teaching of internal medicine.

The second part of the document reports on the results of the PAHO survey on how internal medicine is taught in Latin America, in which 84 faculties and schools in 15 countries of the Region participated.

O ENSINO DA MEDICINA INTERNA NA FORMAÇÃO DO MÉDICO (*Resumo*)

O presente trabalho foi submetido como documento de referência à Segunda Reunião do Comitê do Programa de Livros Didáticos da OPAS/OMS para o Ensino Integrado da Medicina Interna e suas Especialidades (Washington, D.C., 13-18 de dezembro de 1976).

Nele destaca-se a necessidade de introduzir o estudante de medicina, desde os primeiros momentos, em seu meio-ambiente, e se formulam algumas considerações sobre os obstáculos que geralmente se interpõem a esta proposição. Abordam-se também o tema da integração curricular e sua relação com a duração do curso médico, e o tradicional emprego do hospital no ensino da medicina interna.

Na segunda parte do documento, dá-se conta dos resultados do levantamento realizado pela OPAS a fim de obter dados pertinentes sobre a forma em que se procede ao ensino da medicina interna na América Latina, do qual participaram 84 faculdades ou escolas de 15 países da região.

L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE INTERNE DANS LA FORMATION DU MÉDECIN (*Résumé*)

Le présent travail a été présenté comme document de référence à la deuxième réunion du Comité du Programme de manuels de l'OPS/OMS pour l'enseignement intégré de la médecine interne et de ses spécialités (Washington, D.C., 13-18 décembre 1976).

Les auteurs soulignent la nécessité de faire directement de l'étudiant de médecine, dans son environnement, un membre actif de l'équipe de santé. Ils formulent des commentaires sur les obstacles qui se dressent d'ordinaire devant cette proposition. De plus, ils se réfèrent à la question de l'intégration

du programme d'études en fonction de la durée des études de médecine ainsi qu'à l'emploi traditionnel de l'hôpital dans l'enseignement de la médecine interne.

Dans la deuxième partie du document, les auteurs font état des résultats de l'enquête réalisée par l'OPS pour obtenir des données pertinentes sur la façon dont est imparti l'enseignement de la médecine interne en Amérique latine. A cette enquête ont participé 84 facultés ou écoles de 15 pays de la région.

INFORME DEL COMITE DEL PROGRAMA DE LIBROS
DE TEXTO DE LA OPS/OMS PARA LA

Enseñanza integrada de la medicina interna y sus especialidades¹

La Segunda Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza Integrada de la Medicina Interna y sus Especialidades en las Escuelas de Medicina de América Latina se realizó en Washington, D.C., del 13 al 18 de diciembre de 1976.

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

El Comité tomó como base para la discusión el informe de la Primera Reunión (1970).² Este informe fue considerado como una guía conveniente para analizar los problemas de integración en medicina

¹El Comité estuvo integrado por los siguientes miembros: Dr. Rodolfo Armas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile; Dr. Alberto Arregui, Jefe de Residentes de Neurología, Hospital Johns Hopkins, Baltimore, Maryland; Dr. Antero Coelho Neto, Rector de la Universidad de Fortaleza, Ceará, Brasil; Dr. Carlos Cuello, Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia; Dr. Guillermo Díaz Mejía, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México; Dr. Rodrigo Fierro, Facultad de Medicina, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador; Dr. David Gotlieb, Profesor Adjunto y Jefe del Departamento de Nefrología, Universidad Nacional de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; Dr. A. McGehee Harvey, Profesor en Medicina, Hospital Johns Hopkins, Baltimore, Maryland; Dr. Guido Jiménez, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica; Dr. Fabio Leite Vichi, Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil; Dr. Carlos Monge, Programa Académico de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú; Dr. Heilbuth Pacheco, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; Dr. José Reinaldo Roca Goderich, Instituto Superior de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba; Dr. Alloysio de Salles Fonseca, Facultad de Medicina, Universidad Federal Fluminense, Niteroi, Río de Janeiro, Brasil. De la División de Recursos Humanos e Investigación de la OPS/OMS estuvieron presentes: Dr. José Roberto Ferreira (Jefe); Dr. Manuel Bobenrieth; Dr. Juan C. García; Dr. Miguel Márquez; Dr. Juan V. Pillet; Dr. José R. Teruel; Srta. Olga Verderese, y Dr. Carlos A. Vidal. De la División de Salud de la Familia asistió el Dr. Jorge Rosselot.

²*Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica*, No. 8 Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1970.

y sus especialidades. El documento preliminar³ preparado para la Segunda Reunión del Comité demuestra que si bien la mayor parte de las escuelas médicas ha aceptado la integración, esta se ha llevado a cabo en grado mínimo. Se consideró dicho documento como un punto de referencia en el análisis de las causas y dificultades operativas que impiden llevar a cabo el proceso de integración.

Al delinear las metas a alcanzarse de acuerdo con el objetivo primario de integración curricular, se destacó el contraste que existe entre la uniformidad cultural de América Latina, que permite justamente celebrar este tipo de reuniones, y las enormes diferencias geográficas, socioeconómicas, científico-técnicas, etc., de sus diversas regiones. De acuerdo con esta dualidad de la realidad latinoamericana, se acordó que la Reunión se concentraría en examinar los problemas conceptuales y metodológicos generales, así como las estrategias posibles, más que en la formulación de recomendaciones específicas sobre el currículo de la medicina interna en particular. Hubo consenso en que se debería llegar a acuerdos generales, dejando a cada sector y a cada escuela la determinación de aplicar los cambios curriculares que estime pertinente de acuerdo con sus propias posibilidades operativas.

Teniendo en cuenta que la medicina es una ciencia, hubo acuerdo unánime en que el estudiante requiere de una formación básica que le permita adquirir conocimientos universales y destrezas generales sin los cuales solo alcanzaría una competencia técnica pero no científica.

Se discutió extensamente la conveniencia de introducir al estudiante de medicina desde temprano a las acciones de salud, a fin de que conozca la realidad social de la región a la que pertenece y se convierta asimismo en elemento integrador del currículo. Se estimó que esto resulta fundamental para lograr que la vocación estudiantil y los niveles afectivos sean respetados y estimulados, y a la vez para que el estudiante se considere a sí mismo como un miembro útil de la comunidad, debidamente informado de los problemas de salud de la misma. Hubo acuerdo en recomendar que este sistema de introducción temprana del estudiante en las acciones de salud, no debe ser empleado como una forma de aliviar el problema económico surgido de la necesidad de mano de obra escasa, sino como una manera de permitir que el estudiante descubra la realidad bio-psico-social en la cual se va a desempeñar. Se señaló que aunque es conveniente que el

³Véase la pág. 375.

estudiante conozca tempranamente la realidad social de su medio ambiente, el momento de esta experiencia debe ser decidido por cada escuela de medicina.

LA INTEGRACION DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA INTERNA

La integración de las especialidades que conforman la medicina interna necesariamente ha de ser una meta a alcanzar por parte de las escuelas. La integración de la enseñanza de la medicina interna con las otras disciplinas clínicas así como con las disciplinas básicas es obviamente racional, pero debe reconocerse que es difícil de alcanzar. Conviene recomendar la integración en aquellas escuelas donde las condiciones favorables eviten resultados negativos, como ha ocurrido en algunos casos. Una vez introducido el sistema, es aconsejable también una evaluación continua del mismo.

La integración docente-asistencial, aunque no siempre es factible en algunas universidades y escuelas, resulta muy recomendable para lograr el mejor conocimiento de la realidad local y de la patología prevalente.

Cuando no se puede lograr la integración docente-asistencial, un paso factible y conveniente como etapa inicial es la integración a nivel docente únicamente, utilizando la coordinación curricular. El Comité consideró que el empleo de recursos de salud en la propia comunidad, en la consulta externa y en salas de medicina general constituiría un paso preliminar a la integración docente-asistencial.

El médico internista es el llamado a realizar la integración. Se recomendó el aumento del número de internistas que actúen como clínicos generales con responsabilidades de integración docente. Se asume que el papel fundamental de este profesional es la coordinación e integración de la labor asistencial y no solo de la labor docente. En relación con el problema de la multiplicación de especialistas, se considera conveniente que todo especialista pase por un período razonable de adiestramiento en medicina interna previo a su especialización. Asimismo, los especialistas deben enfocar el problema del paciente en forma integral y no solo concretarse en su especialidad.

Por estar directamente relacionado con las posibilidades docentes en un currículo integrado, se discutió el problema de la superpoblación estudiantil, entendiéndose por tal un número de estudiantes

superior a la capacidad docente de una escuela. En este caso se debe evitar el empleo de números absolutos y se debe aplicar el concepto de número relativo en relación con la capacidad docente adecuada. Es preciso señalar al respecto el problema relacionado con la necesidad de médicos en determinada región. En algunos países la superpoblación ha llegado a sobrepasar la necesidad y la capacidad económica de absorción de médicos, fundamentalmente por la mala distribución de estos en el país. Es evidente que es preciso que exista un equilibrio armónico entre la necesidad de médicos, la capacidad de enseñanza de adecuada calidad y la capacidad económica del país. Es decir, que no se trata de un problema de más o menos estudiantes que desean ingresar a una escuela sino que debe considerarse la planificación, el proceso de enseñanza-aprendizaje y la utilización de los recursos humanos como un todo. Como la necesidad creciente de médicos, la presión social y la presión política obligan a una ampliación continua de la admisión universitaria, el Comité recomendó que las escuelas utilicen la tecnología educacional disponible, investiguen nuevas formas de enseñanza, y supriman la aplicación de algunos métodos obsoletos a fin de alcanzar el máximo en la población estudiantil compatible con un mejoramiento integral del sistema docente-asistencial.

INTEGRACION DE LA MEDICINA INTERNA CON LAS CIENCIAS BASICAS MEDICAS Y LOS ESTUDIOS GENERALES

En mayor o menor grado, todas las escuelas de América Latina intentan proporcionar al estudiante de medicina una formación universitaria efectiva, pero la forma en que tratan de lograrlo varía mucho entre la escuelas y más aún entre los países. .

En algunas escuelas es preciso pasar por una etapa previa de estudios generales con contenido de matemáticas, física, química, sociología, etc., cuya enseñanza se lleva a cabo dentro de una facultad de ciencias en la propia escuela o en otra institución. La mayoría estuvo de acuerdo en que, por lo general, estos estudios tienen por objeto reparar las deficiencias de la enseñanza secundaria y no atender las verdaderas necesidades curriculares de nivel profesional. Por lo tanto, se recomendó que los Gobiernos de la Región consideren la necesidad de reforzar y mejorar los estudios secundarios, cuya debilidad son una de las causas primarias de la defectuosa preparación preprofesional. Se señaló también la conveniencia de que el

currículo de enseñanza preprofesional—cuando sea necesario de acuerdo con lo anterior—estuviese a cargo de las propias escuelas médicas, respetando sin embargo la universalidad del conocimiento científico que no admite una excesiva deformación en el intento de su aplicación utilitaria. Se hace necesario en este caso la utilización de científicos no médicos en la formación preprofesional del estudiante de medicina.

Aunque la integración vertical de las ciencias básicas médicas con las ciencias clínicas se considera una necesidad indiscutible, los numerosos intentos de llevarla a cabo no han dado hasta el presente resultados satisfactorios en la mayoría de las escuelas. El Comité señaló que es preciso que exista la posibilidad de que el estudiante comprenda, a través de su profesor de clínicas, cómo se emplean las ciencias básicas en el quehacer profesional. Esto evidentemente requiere de un profesorado de alto nivel profesional y con sólida formación científica. Para alcanzar la meta de conseguir un profesorado con estas características, se propuso la aplicación de una estrategia que permita transferir el prestigio profesoral basado en una actividad de docencia pura a un prestigio basado en una actividad universitaria que contemple como un todo a la investigación, el servicio y la docencia. Se destacó que la investigación no debe ser únicamente biomédica sino también educativa, social y en general se refiere a estar dirigida a la actividad universitaria de tipo creativo-científico.

Se estimó que se debía considerar a profesores y estudiantes como elementos integradores activos en el proceso de enseñanza-aprendizaje. El estudiante debe tener conciencia de que la integración curricular le es necesaria. Como no es posible que todas las escuelas le ofrezcan facilidades máximas en este difícil campo, el estudiante debe tener conciencia de que ha de poner especial empeño en la integración del conocimiento sin depender necesariamente o totalmente de la escuela donde la formación se lleva a cabo.

Con el objeto de despertar el interés a nivel estudiantil a este respecto el Comité recomendó que la OPS/OMS difundiera, conjuntamente con los textos de medicina recomendados en el proceso de integración, una introducción que contenga información lo más completa posible sobre este asunto. Se espera así que el estudiante se convierta en un colaborador de la integración y no en un simple demandante pasivo para la solución de uno de los más desafiantes problemas docente-asistenciales en la formación del médico.

INTEGRACION DE LA MEDICINA INTERNA CON LA MEDICINA PREVENTIVA Y LAS CIENCIAS SOCIALES

Hubo acuerdo unánime en reconocer la necesidad de introducir el concepto preventivo de la medicina desde el inicio de los estudios. Esto refuerza en forma coherente la necesidad de introducción temprana del estudiante de medicina en el campo de los servicios de salud donde lleva a cabo su aprendizaje. Se recomendó asimismo que el concepto preventivo de la medicina se enseñe a todo lo largo de los estudios médicos, a nivel de posgrado y especialmente durante la residencia. La experiencia revela que la simple enseñanza de los aspectos preventivos de la medicina durante la actividad asistencial hospitalaria o las prácticas dirigidas durante el estudio de un curso de medicina preventiva, no logran despertar el interés del estudiante ni adiestrarlo en el campo de la prevención.

Como en el caso de la investigación científica, se requiere una transferencia de prestigio a este nivel. El profesor universitario debe adquirir prestigio no solo como diestro en la acción docente-asistencial sino como profesional destacado en la labor preventiva. El estudiante debe ver en todas las acciones de salud la actitud preventiva en la práctica médica de sus maestros, para así retener la imagen de quien desea una comunidad sana más que un conjunto de pacientes desde el punto de vista diagnóstico-terapéutico.

Como el concepto integral de salud desborda la acción profesional médica, se consideró importante que el estudiante de medicina adquiriera conocimiento y destreza en el campo de las ciencias sociales. Solo con un desarrollo armónico de la sociedad se consigue un nivel preventivo óptimo. Saneamiento ambiental, urbanismo, género de vida, estructura socioeconómica, etc. son elementos no médicos íntimamente relacionados con la prevención de la enfermedad. La sociología de la salud agrega así una nueva dimensión al aprendizaje y la práctica de la medicina.

Es natural que el médico internista, cuya función integradora ha sido reconocida, sea también el integrador asistencial y docente de la prevención en salud. Sin embargo, no debe perder los límites de su acción individual, familiar o comunitaria y pasar al campo de la salud pública, que en sí misma tiene objetivos específicos y constituye una labor muy especializada.

En este campo, la experiencia de los últimos años demuestra que resulta muy difícil alcanzar un nivel vocacional suficiente en las

disciplinas preventivas. El Comité recomendó como estrategias educacionales una prolongada exposición del estudiante al medio extramural y una continua investigación en este campo no solo de los métodos preventivos en sí sino también de las propias estrategias educacionales. También se reconoció la hegemonía de la práctica médica esencialmente curativa en la mayoría de los países de la Región, en la cual se va a insertar al estudiante cuando adquiriera su título profesional. Por lo tanto se consideró indispensable que la universidad se dedique al estudio y análisis de esta práctica y busque la forma de lograr un cambio en ella.

LA FORMACION DE POSGRADO EN MEDICINA INTERNA

El análisis histórico de los orígenes de la formación de especialistas en países avanzados revela que aún en aquellos en los cuales este sistema se originó como una necesidad proveniente de la realidad social, la situación se ha complicado enormemente y se ha debilitado la formación de internistas y médicos generales. En el caso de la América Latina el problema es mucho más grave aún, ya que debido a que muchas escuelas médicas carecen de un sistema organizado de posgrado, se forman los especialistas en el extranjero en donde no se encuentran con necesidades de salud que hay en sus propios países. Hubo acuerdo unánime en considerar que América Latina necesita de la formación de especialistas y por lo tanto de un sistema de enseñanza de posgrado. Sin embargo, se aceptó que una preparación previa en medicina interna llevada a cabo a través de la residencia era indispensable para obtener un médico capaz de mantener a lo largo de su especialización una visión integral de la salud del paciente.

Se señaló que para alcanzar esta meta es indispensable que la infraestructura hospitalaria acepte que es necesario contar de preferencia con servicios de hospitalización general. La hospitalización especializada debe quedar reducida al mínimo indispensable, tales como casos que necesitan aislamiento, casos psiquiátricos agudos y otros especiales. Se recomendó asimismo que, en la medida de lo posible, aun los especialistas deben tener responsabilidades hospitalarias generales que los mantengan interesados en la patología general. Se insistió en que los consultorios externos y periféricos deben utilizarse como centros donde la integración docente-asistencial se lleva a cabo por necesidad y no solo para la organización de

un sistema docente. Cuando las condiciones hospitalarias no alcancen el óptimo recomendado en determinado sector, se recomendó una calificación cuidadosa de recursos que, utilizados en forma complementaria al hospital general, permitan obtener los objetivos educacionales previamente señalados.

El título de especialista será otorgado por una autoridad competente que, según la organización de cada país, podría ser la universitaria, el gobierno central o las sociedades científicas correspondientes. De acuerdo con lo señalado anteriormente, será preciso participar en un programa de residencia, debidamente programado, con evaluación periódica y con duración mínima de dos años a tiempo completo.

En el caso frecuente del pasado y en sectores menos desarrollados, la ausencia de un programa de residencias con calificación docente o escolarizado ha obligado a que los organismos responsables de la educación de posgrado, lleven a cabo la clasificación del futuro especialista, con la misma seriedad con que lo hacen en el nivel de la residencia, dentro de un sistema "descolarizado" de preparación de posgrado, que permita al graduado—en períodos variables de tiempo, sin alejarse excesivamente de sus centros de trabajo y utilizando toda la infraestructura de salud—lograr el perfeccionamiento que desee.

El Comité consideró indispensable que en la formación de posgrado en medicina interna, el componente educacional en relación con los aspectos de medicina preventiva y social debe estar presente fundamentalmente dentro del marco de una práctica médica integrada.

COBERTURA DE SALUD

Hubo acuerdo unánime en aceptar que es necesaria la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y la atención primaria de las poblaciones rurales y marginadas de las ciudades. Es evidente que una extensión sustancial de la cobertura en un plazo breve representa un desafío para las escuelas de medicina. O se forma un profesional médico rápidamente y un número suficiente para afrontar el aumento de cobertura o se acude a personal no médico. El Comité estimó que no debe acudir a una sola de estas soluciones. Es tan indispensable la formación de personal de la propia comunidad como la preparación de más médicos en función de esta práctica.

Aun en aquellos países donde el número de médicos por número de habitantes ha alcanzado una cifra óptima, la distribución deficiente de profesionales obliga a un incremento en el número de ellos.

Se consideró que si bien es cierto que este aumento impondrá una carga en la capacidad docente de las escuelas de medicina, también lo es que una adecuada adaptación de las mismas permitirá este aumento sin sacrificio apreciable de la calidad profesional.

El tipo de profesional necesario para cubrir la necesidad de médicos es el médico general. Se aceptó en principio que en todas las escuelas de medicina latinoamericanas el producto final de los estudios es un médico general, y que por lo tanto este profesional debería estar ya apto para iniciar acciones de salud en las áreas donde la cobertura sea más necesaria. La forma en que este profesional lleva a cabo sus acciones depende del sistema de salud de cada país. En algunos países se está utilizando el llamado médico de familia, el cual requiere una preparación adicional complementaria especializada de la preparación regular que se proporciona al médico general.

El médico general obviamente será capacitado con particular énfasis en medicina interna. Requiere además una educación continua. Las razones para esto son su preparación independiente del sistema de residencia, su natural aislamiento y sus mayores demandas educativas por la diversidad de acciones de salud que desempeña. Se sugirió la conveniencia de darle labores docentes, pues en sus centros de trabajo constituye el profesor natural, tanto para los alumnos de pregrado universitario incorporados a un proceso de integración docente-asistencial como para los otros niveles y categorías de personal de salud, y de ser posible calificarlo en algún momento de su labor para que adquiriera el mismo nivel tanto dentro de las categorías del servicio como dentro de la docencia, de los médicos internistas u otros especialistas. Este profesional no es necesariamente un producto final en su actividad, pues puede ingresar al sistema de residencia o continuar como médico general a cargo del cuidado primario en la comunidad o en la consulta hospitalaria. Es a este nivel donde se hace imperativa la oferta de una espiral ascendente en la complejidad del aprendizaje y en la calidad profesional. Es indispensable que se asegure a este médico la posibilidad de alcanzar un nivel académico y un nivel de vida (o salarial) tan alto como cualquier otro profesional dentro de las actividades docente-asistenciales.

SELECCION DE LIBROS DE TEXTO

El Comité revisó en profundidad los nuevos conceptos surgidos desde la Primera Reunión en la que se recomendaron los textos *Medicina interna*, de T. R. Harrison *et al.* (5ª edición en español, México, D.F., La Prensa Médica Mexicana, 1966), y *Tratado de medicina interna*, de R. L. Cecil y R. F. Loeb (12ª edición en español, México, D.F., Editorial Interamericana, S.A., 1968), cuya demanda ha sido muy satisfactoria.

Hubo acuerdo unánime en la necesidad de ofrecer al estudiante latinoamericano un texto integrado que lo pueda acompañar a lo largo de sus estudios médicos comenzando desde las ciencias básicas médicas. Se acordó que el *Tratado de enseñanza integrada de la medicina*, de R. Passmore y J. R. Robson (Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1971) es único en este género y se recomendó por su gran importancia en la educación médica latinoamericana. Se hizo hincapié que tanto esta obra como los libros recomendados anteriormente debían ser ofrecidos a las escuelas de medicina por medio de canales adecuados que permitiesen al profesorado, y no solo a las autoridades universitarias, conocerlos y utilizarlos. Se recomendó que su distribución fuese acompañada de una nota explicativa al respecto, emanada de la OPS/OMS.

Se destacó la conveniencia de que se amplíe la participación de la Organización en la distribución de otros textos de medicina interna y de sus especialidades, aunque se recomendó que se tome en cuenta la capacidad económica del sistema para el establecimiento de prioridades. Se señaló la necesidad de que se escriban textos adecuados a la Región.

Como la enorme variedad ambiental, socioeconómica y cultural de América Latina resulta en una patología insuficiente o inadecuadamente descrita en cualquier texto médico común, se acordó recomendar como complemento de los libros de texto, una publicación periódica. Esta publicación tendría fines muy bien delimitados a nivel editorial. Estaría dirigida al médico general, aceptaría artículos sobre asuntos prioritarios y que den cuenta de experiencias del sector de donde emana la información, no excluiría las especialidades médicas, pero restringiría la publicación a aquellos temas que son de utilidad en medicina interna o general. El comité editorial, utilizaría la publicación como un sistema de información no solo de contenido científico-médico, sino además para la divul-

gación de conceptos y métodos educacionales para la formación de personal de salud. Se sugirió que esta publicación fuese patrocinada por la OPS con el apoyo financiero de los países latinoamericanos.

Los libros de texto recomendados por el Comité fueron los siguientes:

TEXTO INTEGRADO

- *Tratado de enseñanza integrada de la medicina*—R. Passmore y J. R. Robson. Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1975.

MEDICINA INTERNA

- *Medicina interna*—T. R. Harrison *et al.*, 4ª edición en español. México, D.F., La Prensa Médica Mexicana, 1973.
- *Tratado de medicina interna*—R. L. Cecil y R. F. Loeb. 13ª edición. México, D.F., Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1972.
- *Tratado de medicina interna*—A. Harvey *et al.* México, D.F., Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1973.
- *Temas de medicina interna*—R. Roca Goderich. Instituto Cubano del Libro. Barcelona, Editorial Espays, 1975.

Reseñas

ENSEÑANZA DE LAS CIENCIAS FISIOLÓGICAS

El Taller sobre Enseñanza de las Ciencias Fisiológicas en las Profesiones de la Salud (Querétaro, México, julio de 1977),¹ convocado por la Sociedad Mexicana de Ciencias Fisiológicas con la cooperación de la OPS, enfocó, en su primera parte,² básicamente dos aspectos. El primero se refirió a la identificación de las características más relevantes de nuevos modelos educacionales para la formación de personal de salud que vienen desarrollándose en tres países latinoamericanos: Brasil, Cuba y México. El segundo, comprendió el análisis de una serie de conceptos—tanto de carácter general como particular—que deberían ser considerados al abordar temas relacionados con la formación de recursos humanos para la salud, específicamente cuando se trata de introducir modificaciones en los esquemas de formación.

Con relación al primer aspecto, las experiencias latinoamericanas identificadas correspondieron a aquellas desarrolladas en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana y de Santiago de Cuba; en la Universidad Federal de Río de Janeiro; en el Plan de Medicina Integral A-36, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM)-Unidad Xochimilco, también de la Ciudad de México; en el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del Instituto Politécnico Nacional de México, y en la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara.

La enseñanza de las ciencias fisiológicas en los nuevos modelos educacionales que se ejecutan en las citadas universidades reconoce matices diversos y una forma de articulación curricular que varía de una a otra institución, dependiendo del esquema global de formación adoptada por cada una, lo cual, en rigor, refleja los propósitos institucionales inscritos en el contexto general de cada país o región de un mismo país.

¹En el Vol. 11, No. 2 de *Educación Médica y Salud* se dio cuenta de la celebración del Taller, en el que participaron profesores de las facultades del área de la salud de Brasil, Cuba, Ecuador, México y Venezuela. Actuó como Relator General el Dr. Rodrigo Yépez (Ecuador) y como Relatores de Grupo el Dr. José Luis Amezcua (México), la Dra. Daisy Ruth Henríquez (Cuba), y el Dr. Antonio Paez de Carvalho (Brasil). La coordinación general del Taller estuvo a cargo del Dr. Antonio Morales (Sociedad Mexicana de Ciencias Fisiológicas) y de la Dra. María Isabel Rodríguez (OPS). El Secretario General fue el Dr. José Luis Reyes (México). Esta reseña se basa en el informe de la reunión.

²Como antecedente de las discusiones se puso a consideración de los participantes las conclusiones del Seminario-Taller sobre Enseñanza de las Ciencias Fisiológicas en las Escuelas de Medicina realizado en Mexicali, Baja California, del 28 de junio al 16 de julio de 1976.

En esencia, en Cuba, cuyo marco político social es explícito, se organiza la enseñanza en unidades didácticas que se corresponden con los grandes sistemas del organismo; las ciencias fisiológicas se articulan en dichas unidades en forma tal que se favorece su transmisión en la forma clásica. La organización del proceso docente incluye la actividad científica estudiantil y el trabajo en los servicios y áreas de salud en la búsqueda de un proceso formativo integral estudio-trabajo-investigación.

En el Brasil, las ciencias fisiológicas constituyen la columna vertebral de un sistema diseñado igualmente a base de unidades sistemáticas, las cuales van precedidas por dos unidades introductorias que tratan del hombre en su ambiente y de las bases morfofuncionales de sus reacciones. La enseñanza se orienta a que el estudiante, mediante un aprendizaje activo, alcance el dominio de conocimientos, destrezas y actitudes específicas, los cuales son determinados por los departamentos de medicina y cirugía.

En los modelos innovadores adoptados en México, es factible identificar peculiaridades muy propias y en todos ellos se encuentran rasgos comunes que permiten vislumbrar la existencia de una misma matriz. En las instituciones citadas, el sistema predominante es el modular; en cada universidad se reconoce una forma particular de organización de las actividades modulares que se corresponden con modos también particulares de conceptualizar las situaciones. De hecho pueden existir tantas concepciones modulares cuantas sean las instituciones que incorporan este concepto, dependiendo de los determinantes que las produzcan en cada situación. En todo caso, tales factores son, con mucha frecuencia, de carácter extrauniversitario.

En la UNAM, el denominado Plan A-36 responde a la necesidad de formar un profesional comprometido con la medicina comunitaria. La organización modular, de tipo secuencial, parte del acopio y análisis de información que luego se utiliza para contribuir a solucionar problemas a nivel de un centro de salud y en la propia comunidad.

En Guadalajara se trabaja con módulos que enfocan los problemas de salud de la población desde los puntos de vista económicosocial y biológico, constituyéndose las ciencias fisiológicas en un medio para identificar y solucionar tales problemas.

La organización modular en la UAM-Xochimilco responde a un doble concepto: el de objeto de transformación y el de problema-eje, donde el primer concepto representa un proceso real sobre el cual se incide (como "la alimentación", por ejemplo) y donde el problema-eje es el motivo concreto de la investigación que los alumnos realizan durante el desarrollo del módulo respectivo. Utilizando el mismo ejemplo, un problema-eje podría ser "la desnutrición en lactantes". El desarrollo del módulo comprende el tratamiento teórico del objeto de transformación y una serie de actividades de investigación en torno al problema-eje. Esta estrategia educativa lleva al alumno a un proceso activo de aprendizaje y a la internalización del pensamiento

científico, promoviendo simultáneamente la generación de nuevos conocimientos.

En el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del Instituto Politécnico—que es una institución que pretende abordar al hombre como un todo y la salud como un proceso de desarrollo armónico bio-psico-social que se da en individuo, grupo y comunidad como resultado de su interacción con factores socioeconómicos, culturales y ecológicos en una sociedad y un momento histórico determinado—se fragmenta la realidad por diversos enfoques, a fin de tener una visión integral de la misma. En cuanto a la salud, se fragmenta el conocimiento del proceso salud-enfermedad de acuerdo a niveles de complejidad creciente. El contenido de los módulos se delimita por la intersección del eje del módulo que representa un enfoque particular de la realidad y el eje de fase que representa un nivel del proceso salud-enfermedad y al mismo tiempo el nivel de acción correspondiente. Los objetivos de la institución se dirigen a que el alumno actúe sobre la realidad, teniendo como base el método científico. Por lo que se utiliza como principio de trabajo la práctica-teoría-práctica, entendida esta como la investigación y observación de la realidad para después buscar hipótesis que permitan volver a la realidad con elementos pertinentes para actuar sobre ella y transformarla con la participación de la comunidad. Todos los módulos incluyen actividades de docencia, investigación y servicio.

En relación al segundo aspecto, los participantes en el Taller puntualizaron diversos conceptos y formularon varias consideraciones relacionadas con la formación de recursos humanos en general y con la génesis de nuevos modelos formativos—sus proyecciones y sus limitaciones—y su real o aparente oposición frente a los planes identificados como tradicionales.

En cuanto a los aspectos generales, algunos participantes subrayaron la necesidad de considerar previamente aquellos factores sociales y económicos que subyacen a toda proposición que incida en la modificación de la organización educativa de un país. En forma particular algunos participantes de México plantearon que hay situaciones, como la “masificación” de la educación superior, que conspiran contra el éxito de las actividades, sea que estas se conduzcan según esquemas tradicionales o según estrategias innovadoras.

Otros aspectos también de orden general considerados en los relatos parciales se dirigen a reiterar la noción de que el método científico es fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje, aunque se señaló que para el caso de las ciencias fisiológicas, su enseñanza no está cumpliendo con la función que le fue asignada en un determinado momento histórico: esto es, incorporar el método científico en la formación del médico. Este diagnóstico se fundamenta en la constatación del hecho de que existen concepciones diagnósticas y terapéuticas inspiradas en asociaciones diagramáticas que proceden de modelos no científicos.

Se reconoció que el proceso educativo en el nivel superior no puede anali-

zarse independiente del proceso general de la educación, como tampoco pueden dejar de considerarse las relaciones entre las propias ciencias básicas y el campo de trabajo de los profesionales de la salud. A este respecto se señaló que el campo profesional concreto deberá orientar la selección de criterios educativos y la propia evaluación del rendimiento del proceso educativo, destacándose que el nivel académico es un valor definido *a priori* por las características del campo profesional y que en consecuencia no es una categoría permanente ni universal, sino que tiene carácter histórico.

Se reiteró la necesidad de formar profesionales cada vez más informados y mejor capacitados para la solución de los problemas relativos a la salud, especialmente de aquellos prevalentes en la práctica cotidiana. Sin embargo, se reconoció que los docentes de ciencias fisiológicas están alejados de la práctica médica y limitan su tarea a la incorporación de un lenguaje cuyos contenidos son llenados luego por la inercia de la práctica dominante.

Dentro de este mismo contexto, se previno contra el riesgo de una trivialización del proceso educativo, en aras de una supuesta integración con las necesidades de una práctica estáticamente definida, y se insistió en que la incorporación de los componentes de ciencias básicas en la formación de los profesionales de la salud, no puede significar solamente el apoyo directo para la solución de problemas inmediatos, sino más bien un requisito, dentro de una estrategia conducente a la solución de nuevos problemas en un plazo más largo.

La contradicción existente entre concentración y dispersión de los contenidos de la enseñanza no debe hacer caer en una enseñanza comprimida y de carácter narrativo, enfocada simplemente al planteamiento de los problemas más comunes en términos mecánicos, sino debe atender a crear en el alumno la habilidad para analizar procesos y abordar la solución de problemas mediante el planteamiento original de preguntas e hipótesis en cada situación, mediante el ejercicio de la observación metódica y selectiva de los aspectos relevantes de los procesos y el ejercicio libre del pensamiento en un juego inductivo-deductivo. Se reiteró el papel formativo que les corresponde a las ciencias básicas, pero se hizo notar que son los propios profesionales de la salud quienes no utilizan ni dan valor a la mayoría de los conceptos básicos, lo cual hace que se reste importancia a las ciencias fisiológicas en muchos modelos de enseñanza médica en favor de una capacitación esencialmente pragmática en medicina curativa y alienante en medicina preventiva. Se destacó la necesidad de impulsar la formación de individuos que puedan abordar con solvencia los problemas metodológicos en diferentes niveles.

Con respecto a los sistemas modulares en sí mismos, se señaló que su estructura no lleva automáticamente a la incorporación de actitudes innovadoras en la práctica médica, puesto que tal incorporación depende de los criterios que se utilicen para seleccionar los elementos unificadores de los módulos y de la manera en que se realice su ejecución. Si el objeto de transformación y el

problema-eje son socialmente definidos y si su desarrollo supone la incorporación de niveles crecientes de comprensión teórica y la ejecución de prácticas cada vez más complejas, entonces sí el sistema modular puede significar un avance educativo y puede facilitar la formación de un profesional innovador y crítico. De lo contrario, los módulos pueden responder simplemente a la intención de optimizar la utilización de los recursos docentes ante el incremento de la demanda educativa. Este hecho, más el desarrollo vertiginoso de la ciencia, ligado a modificaciones en la orientación de la práctica médica que emergen de necesidades sociales identificadas en el campo de la salud, son elementos que se consideraron imperativos de cambio en el proceso de enseñanza.

Otros dos asuntos fueron considerados: el uno referido a que el pequeño número de profesionales capaces de enfocar integralmente su problemática profesional sigue siendo un obstáculo serio para la diseminación de esquemas formativos como el modular; el otro destaca que la ausencia de textos integrados contribuye a tornar más complejo ese obstáculo. Sin embargo, se reconoce que el texto, dentro de una amplia gama de materiales educacionales que deben ser utilizados, debe seguir jugando un papel importante en el proceso formativo.

Se enfatizó que varias de las características positivas del sistema modular son factibles de ser incorporadas dentro de un currículo tradicional, aunque para ello sea preciso realizar grandes esfuerzos.

Se consideró que la posibilidad está abierta, y seguramente se encontrarán experiencias en este sentido en otras escuelas de medicina de la América Latina. En todo caso, será necesario establecer los criterios conforme a los cuales ha de evaluarse, comparativamente, el rendimiento de la enseñanza modular y de la enseñanza tradicional en relación con la formación de un profesional crítico.

En la segunda parte del Taller, el trabajo de los grupos estuvo orientado a señalar las características que debería tener la enseñanza de las ciencias fisiológicas en los planes de estudio de diversas profesiones de salud, puntualizando criterios para la organización de la enseñanza en las distintas carreras.

Los criterios básicos para la organización del componente de ciencias fisiológicas en la formación del personal de salud provienen del campo profesional concreto.

En la mayor parte de los países latinoamericanos coexisten diversas modalidades de práctica en salud (privada, institucional, comunitaria, etc.) por lo que las escuelas deberán definir a que tipo de práctica se articulan sus egresados predominantemente.

Los criterios de organización de la enseñanza de las ciencias fisiológicas en diversas carreras profesionales y las características particulares que aquella adquiera en el marco de cada una de ellas, presupone la definición de lo que

se denomina "el perfil profesional", del médico, la enfermera, el odontólogo, el químico-farmacéutico, etc. Esta definición constituye un problema de organización sociopolítica que demanda el contar con un "modelo de desarrollo social" cuyas características no fueron precisadas por el grupo más allá del calificativo de modelo de desarrollo social "deseable". Si de tal modelo parecen depender los perfiles profesionales, sería necesario establecer cuáles elementos contribuyen a definir el modelo; si tales elementos emanan de las necesidades sociales, sería pertinente analizar la conceptualización de necesidades sociales y el alcance operativo de las actividades en el campo de la práctica de las profesiones de salud y en el campo educativo. En todo caso, se señaló que si bien existen necesidades inmediatas de la población que deben atenderse, ello no presupone sacrificar necesidades de más largo plazo en aras de la urgencia por resolver los problemas del momento. En esta línea de pensamiento y volviendo al asunto concreto de la enseñanza de las ciencias fisiológicas, se creyó conveniente destacar una vez más el papel formativo intelectual de estas ciencias, pero no considerándolas aisladamente, sino en cuanto contribuyan para que el alumno aprenda a identificar problemas concretos y a proponer soluciones creativas. Esto dará fundamento para un desarrollo ulterior de estas ciencias a través del trabajo que puedan desarrollar individuos que prosigan el estudio de aspectos más complejos.

El grupo consideró que las ciencias fisiológicas, en consecuencia, deberán articularse a lo largo de todo el plan de estudios, en un orden de complejidad creciente y de acuerdo a su pertinencia con el tipo de actividades clínicas y de investigación que realicen los alumnos, procurando coadyuvar al desarrollo de capacidades tanto analíticas como integrativas que permitan al estudiante utilizar y cuestionar el conocimiento; estas cualidades, se señaló, son deseables en los profesionales de la salud y no parecen excluirse mutuamente en el mismo individuo.

Se señaló que la experiencia en la enseñanza de la fisiología en la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Luis Potosí pone de manifiesto:

- Que es posible la incorporación de elementos científicos a la formación del personal de salud a cualquier nivel.
- Que ello requiere una participación muy activa de los docentes de ciencias básicas en el planteamiento del programa global de la carrera.
- Que es necesaria la participación a veces simultánea de docentes de ciencias básicas y de las áreas aplicativas en el análisis de un proceso, en el planteamiento de problemas, en buscar aplicaciones mediatas e inmediatas a los conocimientos y habilidades adquiridos.
- Los contenidos y los métodos de enseñanza deben permanecer abiertos a la posibilidad de cambio, mediante su confrontación con la realidad de la práctica profesional.

En el caso de las escuelas de veterinaria, por ejemplo, es bien claro que las innovaciones en la práctica profesional hacia una aplicación cada vez mayor a los problemas de producción de alimentos se reflejan en forma creciente en

aquellos aspectos del currículo orientados a fortalecer la capacidad de los profesionales en la práctica citada. A este respecto, es muy importante el aumentar el componente de fisiología y bioquímica de la nutrición, por no mencionar sino algún ejemplo.

Asimismo, es recomendable que los laboratorios de ciencias básicas de las escuelas de veterinaria se integren más a los laboratorios correspondientes de otras escuelas de salud, dada la obvia ventaja de economizar recursos y aumentar la utilidad del uso de modelos aplicables tanto a veterinaria como a otros campos.

El grupo examinó también el tema referente a la formación de personal docente. Se señaló que si las necesidades sociales y el modelo de desarrollo social deseable definen el perfil de los profesionales de la salud, de la misma manera el perfil profesional debería emplearse para la definición de las características del docente.

Fueron formuladas varias consideraciones coincidentes con esta línea de pensamiento, así como otras al margen de esta. A continuación se señalarán las fundamentales:

1. Debe condenarse, se dijo, la distinción tradicional entre los procesos conducentes a formar, por un lado, investigadores de alto nivel y por otro, profesores con una connotación peyorativa frente a los primeros. Es difícil concebir un docente que no sea capaz de investigar y generar conocimientos, como prerrequisito para llenar los contenidos fácticos de la enseñanza.

2. Se reconoció que en la mayoría de los países de América Latina se carece de planes de formación de personal docente en ciencias fisiológicas, lo cual conduce a la inexistencia de una verdadera "carrera profesional". De existir actividades dentro de este campo, no se conocen sus características y ni siquiera donde se realizan.

3. Se convino en que es necesario identificar en la América Latina los lugares de formación de personal en ciencias básicas, y conocer sus potencialidades reales. Esto puede conducir a un esfuerzo interpaíses para dar respuesta al problema de la falta cada vez mayor de profesionales de la docencia en estos campos. Desde luego, no basta la formación de personal calificado; es necesario desarrollar simultáneamente las áreas de trabajo correspondientes, de tal manera que al término del adiestramiento, resulte factible, deseable y útil el regreso del individuo a su lugar de origen. En forma complementaria, y hasta donde sea posible, debe ser impulsada la formación de los docentes en sus propios sitios de trabajo o, al menos, destinar una parte importante del período formativo a una práctica local. Se reconoció que el desarrollo de núcleos que puedan contribuir, a nivel local—en universidades y centros pequeños— a fortalecer la investigación y la formación de personal, comporta dificultades importantes, pero se enfatizó que debe impulsarse su desarrollo a partir de una "masa crítica" preexistente, lo que podría dar lugar a planteamientos verdaderamente originales y que en

alguna medida contribuyan a superar el marco de la dependencia científico-tecnológica.

Se señaló asimismo que en la formación de los docentes debe considerarse cuando menos los siguientes aspectos: a) técnico-científicos específicos del área respectiva; b) metodológicos, históricos y filosóficos de la ciencia; c) político-administrativos, y d) pedagógicos.

Esta formación debe darse en un proceso dinámico de actividades teóricas y prácticas, concibiendo al conocimiento específico no desde un punto de vista reduccionista, sino ubicándolo en el contexto histórico de la ciencia y abriendo el trabajo hacia la dimensión interdisciplinaria que supere progresivamente la parcelación del conocimiento. Este enfoque presupone también articular el desarrollo del conocimiento con la organización del propio campo educacional y con el contexto social en que ha de transformarse en la práctica. Tal atribución, desde luego, no apuntó a que deban dominarse los campos del entorno a un nivel erudito, sino más bien a lo que significa una articulación lógica, a fin de conformar un estilo de pensamiento y una actitud científica y de compromiso social sólidamente fundamentados. No se quiere producir un profesional rutinario, esquemático, rígido, unilateral, sino un hombre inquieto, creativo, problematizador, crítico.

Desde otro ángulo, se señaló la conveniencia de que cualquier acción orientada hacia la formación del personal docente en ciencias fisiológicas, deberá considerar cuidadosamente la detección y selección de individuos con un interés y condiciones adecuadas para el ejercicio de la docencia.

También se mencionaron las garantías plenas que en su trabajo deben tener los profesores y la importancia de una estabilidad económica que aseguren un satisfactorio ejercicio de las funciones encomendadas.

Se hizo notar que en una gran mayoría de las universidades latino-americanas—por cierto no en las más grandes—estas reconocen el salario del profesor en términos de lo que se llamó “su producción docente” (dar conferencias, dirigir trabajos, evaluar, etc.), en tanto que la actividad de investigación que el profesor puede cumplir no es integrada administrativamente en términos de esa producción docente, situación que conspira contra la integración de la docencia y la investigación que se reclama.

Finalmente, el grupo recomendó la continuación de estas actividades a fin de analizar importantes aspectos de naturaleza fundamental, como los referidos al papel de las ciencias, al desarrollo de la investigación, de la educación y de la práctica profesional a todos los niveles dentro del marco de la integración y de los conceptos de disciplinariedad e interdisciplinariedad.

ENSEÑANZA DE LA MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL³

El Seminario Nacional sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social se realizó en Villa Carlos Paz, Provincia de Córdoba, Argentina, del 4 al 8 de septiembre de 1977, y tuvo por objeto explorar nuevos lineamientos en el campo de la enseñanza de la medicina preventiva y social a fin de buscar un tipo más adecuado de preparación profesional en la formación del futuro médico. Fue organizado por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, con el auspicio de la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Argentina y de la Provincia de Córdoba, y contó con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud.

Participaron en él representantes de las cátedras o departamentos de medicina preventiva y social de las nueve facultades de medicina de la Argentina y asesores de la OPS/OMS.

Los diferentes temas del Seminario fueron presentados por expositores contratados por la OPS/OMS y distribuidos en documentos que luego fueron discutidos en reuniones de grupo.

Las conclusiones de cada uno de los grupos fueron analizadas en reuniones plenarias y las conclusiones finales discutidas y aprobadas en la plenaria de clausura.

Las conclusiones fueron elaboradas por la Relatora General del Seminario, Dra. Myrtha Escudero, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, con la colaboración del Dr. Marcos Solmesky, Titular de la Cátedra de Medicina Preventiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba y Coordinador General del Seminario. A continuación se presentan dichas conclusiones:

Programa y métodos de enseñanza de la medicina preventiva

Al considerar el tema, los grupos presentaron sus conclusiones sobre los objetivos, contenidos y ubicación curricular de la medicina preventiva y social. Se destacó que los objetivos de la enseñanza de la medicina preventiva y social están incluidos en los objetivos generales de la educación médica, entre los cuales se destacaron los siguientes:

- Contribuir a la conformación de una actitud preventiva en el médico.
- Explicitar los componentes bio-psico-sociales del fenómeno salud-enfermedad.
- Estudiar los sistemas de atención médica y la acción de las instituciones que intervienen en el proceso de prestación de servicios de salud.
- Estimular la comprensión de las actividades epidemiológicas y de administración médica.

³ Reseña basada en el informe final del Seminario.

Se coincidió en que los contenidos básicos que debe poseer el programa de enseñanza de la medicina preventiva y social siguen siendo:

- Medicina cuantitativa.
- Epidemiología.
- Administración y organización sanitaria.
- Saneamiento ambiental. Con respecto a este punto, se aconsejó enfatizar, no tanto en los aspectos de ingeniería sanitaria, sino en la relación que los factores del medio ambiente tienen para el control de los actos médicos hacia la salud.
- Ciencias sociales. Al considerar que el hombre es una unidad bio-psico-social es conveniente que el estudiante conozca la sociología, otras ciencias sociales y las interrelaciones entre ellas.

En cuanto a la ubicación curricular, se destacó la importancia de la enseñanza de contenidos de medicina preventiva y social a lo largo de toda la carrera pudiendo los mismos ser desarrollados con identidad propia por las unidades académicas. Se enfatizó el valor de utilizar la epidemiología como "materia de enlace" entre las ciencias básicas y las clínicas.

Se analizaron los aspectos metodológicos de la enseñanza de la medicina preventiva y social y las posibilidades operativas de cada uno de ellos en relación a los recursos disponibles y ubicación curricular. Se estimó como recomendable centrar el interés en el proceso del aprendizaje con la participación activa del alumno y el desarrollo de acciones de naturaleza extramural según las condiciones específicas de cada región.

Un aspecto que contribuiría a facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje, sería la existencia de un texto elaborado en forma colaborativa y de revisión periódica por todas las cátedras o departamentos de medicina preventiva y social del país.

Organización del departamento de medicina preventiva. La formación y las funciones del personal docente

Se analizaron los distintos modelos de organización vigentes y se observó que si bien existen denominaciones comunes, estas no responden a formas similares de organización en sus aspectos conceptuales. No hubo consenso sobre la adopción de un modelo de organización y se aconsejó la necesidad de que las facultades de medicina exploren nuevos métodos de organización académica.

Se examinaron las tareas que debe cumplir el personal docente a través de la definición de funciones de la unidad de medicina preventiva y social y se coincidió en destacar tres aspectos básicos: docencia, investigación y servicio.

Docencia: Las funciones docentes se hallan dirigidas en el pregrado a la formación de un profesional médico capaz de dedicarse al cuidado del hombre sano o enfermo con una comprensión integral del individuo, la familia y la comunidad.

La docencia de posgrado se dirige a la especialización en medicina general, clínicas básicas y otras áreas, mediante programas de educación continua.

Se recomendó la participación de las unidades académicas de medicina preventiva y social en la carrera docente.

Investigación: La investigación debe ser aplicada y orientada hacia el conocimiento de los problemas de salud de la región o área donde desarrolla sus actividades la Unidad Académica de Medicina Preventiva y Social. Debe contar con la participación activa de los alumnos.

Servicio: Estas funciones deben realizarse en colaboración con otras asignaturas de la facultad, escuelas de formación de recursos humanos para la salud y organismos ejecutores de acciones de salud.

El personal docente deberá estar en condiciones de dedicar parte de su tiempo a cada una de estas funciones.

Se recalcó la importancia de la capacitación del personal docente en las áreas de metodología de la enseñanza y de salud pública, en especial.

Relaciones del departamento de medicina preventiva con otros departamentos de la escuela médica

Se destacó que las relaciones entre las unidades académicas deben darse en las tres áreas funcionales definidas anteriormente.

La asesoría en estadística y epidemiología como función de servicio, de las áreas propias de las unidades académicas de medicina preventiva y social, podrá actuar fundamentalmente como factor de enriquecimiento mutuo.

La función de investigación puede proyectarse como una acción conjunta de las unidades de medicina preventiva y social con unidades de docencia en ciencias básicas y clínicas.

La función docente puede proyectarse mediante la participación directa de los profesores de medicina preventiva y social en la docencia de otras asignaturas.

Debe fomentarse la participación conjunta de los profesores en la docencia de medicina preventiva mediante la integración con otras unidades académicas y la delegación en ellas de la enseñanza de los contenidos de preventiva, con el permanente apoyo y estímulo de la unidad académica de medicina preventiva y social.

Se estimó necesario considerar la institucionalización de las relaciones entre las unidades académicas.

Definidas las funciones de las unidades académicas de medicina preventiva y social y las relaciones con otras unidades, se hizo un análisis de los recursos humanos y materiales de que dispone cada unidad académica, coincidiendo en que los mismos resultan en general insuficientes e inadecuados para el cumplimiento de las mismas. A pesar de ello, se hizo notar que las unidades

académicas vienen realizando esfuerzos que le permiten acercarse al logro de los objetivos.

Papel del departamento de medicina preventiva y social en las actividades de los servicios de salud pública y viceversa

Se consideró que las unidades académicas de medicina preventiva y social, como copartícipes dentro de las universidades de la formación del recurso humano que desarrollará sus actividades en los organismos de prestación de servicios de salud, deberían mostrar su preocupación por la definición de la cobertura y tipo de atención de salud a brindar a la población.

En ese sentido se hizo referencia a la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Santiago de Chile, 1972) y a las reuniones preparatorias de la IV Reunión Especial de Ministros (Washington, D.C., 1977), donde se apunta a la extensión de la cobertura de servicios por medio del fortalecimiento de aquellas actividades que representan el primer contacto de las personas con el sistema de prestación de servicios de salud.

El establecimiento por parte del sector salud del tipo de recurso humano requerido para ejecutar las acciones debe ir necesariamente acompañado de una definición curricular que aumente los puntos de contacto y aproximación entre las instituciones formadoras de esos recursos y aquellas que prestan los servicios de salud.

La interrelación entre ambas instituciones debe ser continua, pudiendo cada una de ellas realizar ajustes, acordes con los resultados de investigación aplicada que se realicen en conjunto.

Los contenidos curriculares deben ser el reflejo de una política de salud que, puesta en operación a través de un proceso de planeamiento y programación, fije el tratamiento que debe otorgarse al área de recursos humanos a fin de que los mecanismos para su formación sean objeto de cuidadosos análisis de demanda y oferta, de estudios de necesidades de profesionales y su ubicación dentro del aparato ejecutor de acciones de salud.

Recomendaciones

Se acordó:

- Remitir el informe final del Seminario a las autoridades nacionales, provinciales y municipales de salud, a las facultades de medicina y escuelas de formación de recursos humanos en salud de la Argentina.
- Realizar un seminario con carácter multidisciplinario y participación interunidades académicas para explorar conjuntamente ámbitos de enseñanza de la medicina preventiva y social en el campo de las carreras formadoras de recursos humanos en salud.

• Que los departamentos o cátedras de medicina preventiva y social existentes en la Argentina evalúen en forma individual y conjunta las posibilidades de ejecución de las conclusiones emitidas en este Seminario, en consulta con las autoridades universitarias y del sector gubernamental de salud en sus más altos niveles de decisión.

ESTUDIO SOBRE LA EDUCACION CONTINUA ⁴

Situación actual

Ciertos autores afirman que la educación continua debería ser un aprendizaje constante, un proceso de toda la vida, en pocas palabras, un ciclo continuo. Se considera, asimismo, que este concepto debe aplicarse en la enseñanza primaria, secundaria y universitaria. La obtención de un título en una disciplina de la salud no constituye un punto terminal sino una de las etapas de la vida profesional. La cuestión decisiva radica en mantener la competencia. En las ciencias de la salud no solo hay que preocuparse por los conocimientos sino también por las aptitudes y las interacciones humanas; por consiguiente es preciso integrar muy temprano el concepto de aprendizaje continuo, no solo refiriéndose a él sino a través de la importante función que pueden desempeñar los educadores sirviendo de ejemplo a los alumnos. Otra cuestión es el hecho de que "en el pasado no se concentraba la atención en el aprendizaje sino en la educación, la escolaridad y los jóvenes. Un enfoque, un método, un grupo".⁵ Esta afirmación hará reflexionar, sin duda alguna, no solo a los educadores sino también a los políticos, administradores y dirigentes de los campos de salud pública.

Examen de las publicaciones y resumen de las entrevistas

En los últimos cinco años han aumentado sobremanera los artículos publicados sobre educación continua. Si bien el concepto no es nuevo, en años recientes parece haberse desarrollado una mayor conciencia sobre él en relación con las ciencias de la salud. En la bibliografía utilizada en este estudio los artículos tratan de aspectos importantes del asunto o sugieren maneras distintas de abordarlo. También incluyen soluciones diferentes para alcanzar los objetivos de la educación continua, cada una de las cuales

⁴ Tomado del Documento "Study on Continuing Education" (WHO/EDUC/76.177), preparado por la Dra. Yolande Mousseau Gershman, Directora Asociada, Ciencias de la Salud, Ciencias de Población y Salud, Centro Internacional de Investigaciones sobre el Desarrollo, Ottawa, Canadá. El estudio fue auspiciado por la OMS, en cumplimiento de una resolución de la 24ª Asamblea Mundial de la Salud (1974).

⁵ Thomas, Alan M. *A Summary and Critique of Various Reports on Post Secondary Education in Canada, 1969-1973*. Toronto, preparado por la Asociación Canadiense para la Educación del Adulto (CAAE), pág. 50.

puede ser evaluada y utilizada con arreglo a las necesidades, objetivos y circunstancias de cada caso.

Definición de los términos. Los términos educación continua, desarrollo de recursos humanos, educación durante el servicio, educación episódica, educación del adulto, orientación y otros no tienen el mismo significado para todo el mundo ni los definen de la misma manera los distintos grupos del campo de la salud. Resulta, pues, necesario establecer una terminología común.

Identificación de las necesidades, definición de los objetivos y establecimiento de prioridades. Lamentablemente no se logró identificar en este estudio un trabajo de investigación ni una publicación en que se empleara un procedimiento sistemático para determinar las necesidades de educación continua en las ciencias de la salud a nivel nacional. En el curso de las entrevistas sostenidas se mencionó que a menudo se habían organizado cursillos, pero solo en alguna ocasión, respondiendo a una necesidad expresada por un grupo determinado o para permitir a un grupo de profesionales la aplicación de nuevas disposiciones legislativas en una institución interesada en la prestación de servicios o en la educación. Parece conveniente un mayor conocimiento de la metodología de la identificación de las necesidades, definición de los objetivos para cada categoría de personal de salud y, oportunamente, el establecimiento de un orden de prioridades que, en la mayor medida posible, se ajuste a la política de salud del país. En lo que se refiere a los objetivos, en la mayoría de los casos se mencionaron en relación con la participación en un cursillo. Sin embargo, el elemento de evaluación no estuvo, al parecer, siempre presente, y para evaluar los conocimientos se debe intensificar y tratar de medir la competencia en la prestación de servicios de atención de la salud.

Evaluación. En el examen de las publicaciones sobre el tema, se destaca la importancia de la evaluación, la cual debe ser permanente y continua. Todas las categorías de la administración y de la educación deben interesarse en ella, ya que se trata de un medio muy valioso y que podría ser un instrumento positivo, en todos los niveles, no solo para el individuo, los programas y cursos, sino también para la revisión de las prioridades y las necesidades. Todos los interesados deben conocer su estructura y la manera de manejarla.

Corresponde al trabajador de salud individual una parte de esta responsabilidad, que puede tomar la forma de autoevaluación, evaluación al final de una sesión o en diferentes fases de su vida profesional, para que revele la competencia que posee y le permita luego valorarla. Después se podrán determinar las necesidades de educación continua a fin de actuar con el grado máximo de competencia en un momento dado. Se recomienda que se lleve un registro escrito de las distintas clases de evaluaciones efectuadas.

Presupuesto. El presupuesto de los programas de educación continua debe

constituir un componente independiente dentro del presupuesto total de salud, ya sea a nivel nacional, provincial o local. Debe también relacionarse con los planes ya puestos en práctica y, de acuerdo con la situación y el nivel, incluir partidas como las siguientes: personal, sueldos, becas para la preparación de personal competente, consultores, conferenciantes invitados especiales, equipo, transporte, vehículos, gastos de viajes, gastos varios, etc.

Los dirigentes y educadores deben estar informados de la cantidad de fondos de que pueden disponer y, sobre esta base, hacer los planes. Puesto que se considera que la educación continua debe tener independencia financiera, en ciertos casos mediante honorarios, la situación en algunos países es de tal naturaleza que en la actualidad este sistema resulta imposible.

Al preparar y asignar el presupuesto es indispensable tener presentes las metas a corto y largo plazo que deben relacionarse con la política nacional de salud.

La función del consumidor y la comunidad. Las finalidades principales de la educación continua en el campo de la salud consisten en mejorar la prestación de atención médica y mantener un alto grado de competencia del personal, beneficiando así eficazmente a toda la comunidad. Puesto que todo trabajador de salud tiene una obligación para con el consumidor, es decir, la comunidad, el reconocimiento recíproco por la comunidad de la importancia de su contribución y colaboración constituye un requisito previo para el éxito de cualquier programa de educación continua. Unas buenas relaciones públicas, junto con un eficaz intercambio de información, habrán de contribuir también, en alto grado, a facilitar la labor de los interesados.

Preparación de dirigentes y especialistas en educación continua. Son muy pocas las instituciones que han establecido planes de estudios a nivel de licenciatura, maestría o doctorado para la preparación de dirigentes y educadores en este campo.

El Departamento de Educación del Adulto y la División de Educación Continua en Ciencias de la Salud de la Universidad de Columbia Británica, Vancouver, Canadá, reconociendo la necesidad de preparar miembros de las profesiones de la salud como especialistas en educación continua, han establecido un proyecto al respecto en el que se utiliza una combinación de recursos del Departamento y la División. El proyecto cuenta con la asistencia financiera de la Fundación W.K. Kellog. La formación de especialistas mediante cursos de graduados es un largo proceso. En consecuencia se consideró inadecuado basarse exclusivamente en esos estudios para hacer frente a la necesidad de adiestramiento en educación continua entre las profesiones de la salud. El proyecto incluye también la capacitación en los principios y prácticas de la educación continua por medio de cursillos y seminarios.

Al parecer abundan los cursos cortos ofrecidos por instituciones docentes, organizaciones profesionales y organismos de salud. ¿Forma parte esta circunstancia de una fase de transición? La cuestión decisiva reside en la preparación de dirigentes y educadores académica y clínicamente capacitados. Estos profesionales se encargarían en escala nacional, regional y local en cada país del aprendizaje continuo del personal de salud. Durante las entrevistas se ofrecieron las sugerencias siguientes para la preparación de este tipo de personal:

Requisito previo: un buen conocimiento del campo de la salud a que se dediquen los candidatos.

- a) Cursos básicos de educación del adulto.
- b) Cursos para el conocimiento de la comunicación.
- c) Cursos de planificación.
- d) Cursos de desarrollo de las aptitudes para determinar las necesidades, llevar a cabo los objetivos, y establecer prioridades en materia de educación continua, así como para convertir los objetivos establecidos en experiencias de aprendizaje.
- e) Cursos de evaluación.
- f) Preparación de presupuestos.
- g) Conocimiento de las instalaciones y servicios generales de salud, educativos e institucionales, así como del sistema político en que habrá de desenvolverse el interesado.

La preparación de estos dirigentes y educadores debe ser multidisciplinaria. Un factor muy importante y que debe recibir prioridad es el evitar el dominio de una disciplina sobre las demás. Se reconoce que esta no es tarea fácil. Durante una entrevista se sugirió que el método probablemente más satisfactorio sería el orientado hacia los problemas, en el que cada uno de los miembros del equipo de salud identifica sus propias responsabilidades y sus actividades.

El tipo de formación de estos dirigentes y educadores podría ser de diversas clases: programa académico ordinario, aprendizaje, cursos intercalados, etc. No obstante se necesita un núcleo de personal muy bien preparado en materia de educación continua.

Después de esta preparación inicial no hay que olvidar, por ningún concepto, la importancia del aprendizaje continuo para este grupo. Estos dirigentes y educadores deben asignarse a las áreas en que puedan ejercer un "efecto multiplicador". En otros términos, deben situarse donde puedan formar a otros dirigentes y educadores, al mismo nivel operativo o bien a otro.

Material didáctico y biblioteca. En años recientes el material audiovisual ha recibido una considerable atención. Sin embargo hay que tener presente que si no se enseña al personal y a los alumnos cómo manejar el material y el equipo audiovisual, estos costosos medios no se podrán utilizar.

La disponibilidad de servicios a los que se tenga acceso es un aspecto que

ha de estudiarse a nivel local, teniendo en cuenta las características culturales así como las posibilidades de personal bien capacitado para ofrecer explicaciones complementarias.

La biblioteca sigue siendo el punto central de una institución. Es necesario disponer de bibliografías útiles para todas las disciplinas de la salud y mantenerlas al día. También convendría establecer programas de libros de texto planificados y evaluados con regularidad y otro material de enseñanza y aprendizaje que respaldaran los programas de educación continua ofrecidos al personal de salud. Sería interesante observar el desarrollo de los servicios de biblioteca y comunicación biomédica del Centro Médico de Columbia Británica (Planificación educacional-investigaciones). Indudablemente ciertos elementos del sistema podrían ser útiles en muchos casos, y en otros todo el sistema podría resultar aceptable.

Por otro lado, la Universidad de Wisconsin, E.U.A., (Extensión-Ciencias de la salud) cuenta ya con cierto personal y material a los que puede recurrir en ciertos casos y que, en un futuro próximo podrían resultar muy valiosos.

Instituciones y organizaciones profesionales visitadas. Se destaca la función crítica e importante que pueden desempeñar las instituciones y organizaciones profesionales en la educación continua. Hay varias instituciones que cuentan con importantes recursos humanos, clínicos y didácticos en el campo de las ciencias de la salud que podrían servir de ayuda para la preparación de dirigentes y especialistas en educación continua, a saber:

- Departamento de Ciencias de la Salud de Educación del Adulto, Centro Médico de Columbia Británica, Vancouver, Canadá.
- Universidad de Wisconsin, División de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería, Madison, Wisconsin, E.U.A.
- Centro para el Desarrollo de la Educación, Escuela de Medicina, Universidad de Illinois, Chicago, E.U.A.
- Instituto de Ontario para Estudios de Educación, Toronto. Aunque esta entidad representa un valioso recurso, el elemento ciencias de la salud tendría que reforzarse mediante la aportación de experiencia clínica y práctica bien planeada.

Todas las organizaciones profesionales visitadas ya han establecido políticas sobre la educación continua de sus miembros, ofrecen cursillos, cuentan con una lista de personas a las que se puede recurrir en determinadas situaciones y saben cuales son los sectores más fuertes en algunos de los diversos aspectos de la educación continua. Es significativo el hecho de que en ciertos casos las organizaciones profesionales han asumido una función adicional como fuente a la que se puede recurrir en materia de educación. ¿Se trata solamente de una fase de transición? ¿Es una situación deseable? Esta es una cuestión que debe tenerse en cuenta.

Archivos, registro, unidad de educación continua. En Norteamérica, el debate sobre la educación continua obligatoria frente a la voluntaria para

todo el personal de salud ha oscurecido a veces la cuestión. Por el momento, se destaca la importancia de un buen registro; es decir, un registro central sistemático de todos los cursos ofrecidos en un país, provincia o ciudad, de suerte que en el momento oportuno sea posible aunar toda esta información, incluido el material didáctico y los recursos humanos disponibles, ya que este es el propósito fundamental de un archivo.

Por otro lado, se debe estimular a todo individuo a que lleve un registro de su participación en actividades de educación continua. Simultáneamente, las organizaciones profesionales o un departamento del Ministerio de Salud podrían llevar registros de este tipo, lo que ofrecería, entre otras ventajas, la oportunidad de estudiar los perfiles profesionales de cada trabajador de salud en un determinado país o región.

La unidad de educación continua, las "horas-contacto" o bien otra unidad de medida se refiere a los posibles conocimientos adquiridos, siendo el punto principal que hay que tener presente el grado de competencia en la prestación de atención de la salud. ¿Es la certificación periódica un medio para alcanzar un objetivo de esa naturaleza? Las ideas expuestas podrán parecer inasequibles para ciertas situaciones pero se deben tener en cuenta las repercusiones de las computadoras y el equipo electrónico, incluso en las zonas más alejadas del mundo, en los últimos 10 años.

Legislación sobre la educación continua. Según algunos autores, uno de los objetivos a largo plazo en este campo es la legislación gubernamental sobre la educación continua. Puede que en un país las tendencias sociales sean las de que todos los trabajadores se rijan por las mismas leyes, pero si el personal de salud está sujeto a leyes separadas, lo lógico sería que las autoridades competentes y los legisladores determinaran la contribución/rendimiento de las diversas organizaciones profesionales de salud y que consultaran a los dirigentes y educadores en el sistema de salud. Hay que tener muy presente que la redacción de un decreto no garantiza su implantación total.

Organismo coordinador. Parece razonable suponer que el personal de salud se dará cuenta del valor que tiene un sistema eficaz de información que proporcione datos tales como los relativos a reuniones organizadas sobre educación continua, material disponible para la autoinstrucción, etc. Como meta a largo plazo, el establecimiento de un organismo coordinador nacional que facilitara el intercambio de recursos humanos y divulgara la información pertinente podría servir de ayuda.

Proyectos de desarrollo de la metodología, campos de estudio, investigaciones operativas

Se considera que deben utilizarse proyectos de desarrollo de la metodología, áreas de estudio e investigaciones operativas y evitar la expresión "pro-

yecto piloto" ya que a menudo se trata de un tipo de "proyecto ideal" que no puede reproducirse en ninguna otra parte de una institución, de un sistema o de un país debido a su costo exorbitante de personal, equipo y de otra naturaleza.

Para un proyecto de esta clase, si se planea el funcionamiento en equipo, es conveniente utilizar el procedimiento de capacitación en grupo mediante métodos de solución de problemas. En otras palabras, en la medida de lo posible, el procedimiento debe ser multidisciplinario.

Antes de iniciar un proyecto, hay que cerciorarse de que los que adoptan las decisiones, los legisladores y los dirigentes y educadores en ciencias de salud se muestran favorables al concepto de la educación continua y que están suficientemente informados sobre la materia y conscientes de lo que supone la aportación del apoyo requerido. El proyecto no debe ser un apéndice sino que ha de formar parte del sistema de salud.

Elementos que deben considerarse al determinar los objetivos a largo plazo: (La siguiente forma de presentación no está necesariamente en orden sistemático):

1. Identificar los recursos humanos ya existentes con respecto a la educación continua, reunir muestras de material didáctico ya preparado y en uso, a fin de evaluarlo, y contar con un inventario o fondo común de recursos disponibles.
2. Tratar de identificar la manera en que un programa de educación continua podría formar parte de los sistemas educativos y de salud o integrarse en ellos.
3. Identificar sistemáticamente las necesidades.
4. Establecer un orden de prioridad tomando en cuenta las prioridades nacionales o locales de salud y las políticas de salud del país.
5. Preparar los dirigentes y educadores necesarios.
6. Determinar los objetivos para cada sector del país así como los correspondientes a distintas instituciones y servicios.
7. Preparar un plan modelo para toda la operación, incluido un calendario, que proporcione las directrices para el ritmo de las actividades a seguir.
8. Organizar los cursos necesarios para alcanzar los objetivos y proporcionar orientación a los participantes a fin de estimularlos y motivarlos para que mantengan y mejoren su grado de competencia.
9. Los cursos podrían ofrecerse a grupos o bien individualmente, por ejemplo, con unidades de autoinstrucción.
10. Seleccionar los métodos didácticos y la documentación más apropiados a la situación.
11. Empezar en escala modesta, haciendo hincapié en las responsabilidades de cada individuo al regresar y actuar en su propio medio, estimulándole a que contribuya a su propia educación continua para introducir los cambios necesarios cuando proceda.
12. Los dirigentes y los especialistas en educación continua deben actuar como "agentes multiplicadores" y extender sistemáticamente su actuación a todo el país. El personal asignado a zonas aisladas, donde los recursos disponibles son mínimos como lo es también el nivel de viabilidad, debe ser objeto de especial atención.
13. Evaluar con regularidad los programas y percibir las necesidades, tendencias y nuevas orientaciones.
14. Establecer un mecanismo de comunicación en virtud del cual los que implan-

tan la política, los legisladores, los dirigentes de organizaciones profesionales de salud y los educadores en el mismo campo puedan reunirse y examinar las cuestiones decisivas sobre el tema e informarse mutuamente acerca de las nuevas tendencias y acontecimientos.

15. Introducir un mecanismo de archivos y registros.

16. Planificar un programa de educación continua a fin de mantener y mejorar la competencia de los dirigentes y especialistas dedicados a la educación continua.

17. Fomentar seminarios y otras reuniones interpaíses de dirigentes y educadores, en las que se intercambien ideas, opiniones, experiencias y métodos de evaluación y en las que los participantes tendrán oportunidad de incrementar sus conocimientos, regresando a sus respectivos países en condiciones de ayudar al personal de salud a mejorar la calidad de la prestación de servicios de atención de la salud.

Podría emplearse un procedimiento a corto plazo para desarrollar estos proyectos, pero con la esperanza de que se vayan alcanzando simultáneamente las metas a largo plazo, así como la planificación de la plena integración de la educación continua en los sistemas de educación y de salud. A saber:

1. Identificar los recursos humanos existentes en materia de educación continua y reunir muestras de material didáctico ya preparado y en uso a fin de conocer el fondo de recursos disponibles en este campo.

2. Preparar dirigentes y especialistas en educación continua.

3. Ofrecer una serie de cursillos a los "agentes multiplicadores" y preparar material didáctico apropiado para cada participante, lo que le permitirá reproducir el curso y emplear el material con sus colaboradores en su propio medio.

4. Establecer un mecanismo de evaluación de los conocimientos y de la competencia a fin de estimular la formación complementaria en la actuación local.

5. Introducir un mecanismo de coordinación con los funcionarios competentes de los Ministerios de Salud, dirigentes de instituciones y servicios educativos de salud, así como con los dirigentes de organizaciones profesionales.

6. Tratar de seleccionar los componentes que podrían utilizarse como base de los programas nacionales de educación continua y luego preparar sugerencias aplicables, viables y económicamente sólidas para el país.

Conclusiones

Aunque no fue posible estudiar a fondo todas las cuestiones críticas de la educación continua para el personal de salud en los lugares en que se ofrecen cursos, las conclusiones siguientes parecen pertinentes:

1. El estudio a fondo de las cuestiones críticas de la educación continua en cualquier situación debe ser un proceso continuo. Se recomienda que esta labor esté a cargo de un organismo coordinador multidisciplinario integrado por profesionales de alta competencia en su campo. Deben prepararse con regularidad informes regionales o internacionales para que sirvan de orientación a los Gobiernos.

2. El estudio y establecimiento de una nomenclatura uniforme de educación continua parece ser una necesidad urgente.

3. La preparación de una lista internacional de personas a las que se pueda recurrir en cuestiones de educación continua en distintas disciplinas de ciencias de la salud, así como en educación del adulto, podría ser muy útil.

4. Las Oficinas Regionales de la OMS podrían contribuir a reunir y catalogar el material didáctico que ya se emplea en sus respectivas Regiones. También podría ser muy útil y económico un intercambio de documentación y de material educativo entre las Regiones.

5. Es evidente la necesidad de contar con proyectos para estudiar el desarrollo de metodologías y llevar a cabo investigaciones operativas en educación continua, las cuales deben ser multidisciplinarias e incluir una evaluación eficaz y continua.

Los diversos proyectos podrían ser, por ejemplo: a) proyectos con metas a largo plazo (en escala nacional, provincial y local en instituciones educativas y organismos que prestan atención de la salud) y b) proyectos con metas a corto plazo (en zonas urbanas y rurales, en atención curativa, preventiva y de rehabilitación, para personal de distintos niveles y con diferentes métodos didácticos, etc.).

6. Podrían adjudicarse cierto número de becas a fin de colaborar con los Gobiernos que al principio deseen contar con un núcleo de profesionales bien preparados en materia de educación continua.

7. Se necesitarán también otras subvenciones para el personal que no desee seguir cursos oficiales para la obtención de un título o diploma, pero que esté interesado en un internado de tres a seis meses en programas en el extranjero bien consolidados antes de comenzar en su propio país.

8. En la Sede de la OMS, así como en las Oficinas Regionales se necesitaría personal al que se pudiera recurrir en materia de educación continua, a fin de prestar asistencia a los Gobiernos para la planificación y ejecución de programas, estimular las investigaciones operativas apropiadas, supervisar la evolución de los programas, y contribuir a la formación de dirigentes y especialistas en este campo.

9. Sería conveniente organizar seminarios, grupos de trabajo y otras reuniones interpaíses para legisladores (los que establecen las políticas) y otras autoridades competentes, y educadores y dirigentes en campos de la enseñanza y la salud.

10. La preparación de un manual con una serie de problemas de salud sería un medio muy valioso para las sesiones multidisciplinarias de educación continua (cada una de las disciplinas se ocuparía de identificar sus tareas y responsabilidades en el grupo de salud).

11. Como punto de partida para desarrollar otros recursos educativos podría estar indicado el contacto con ciertas instituciones académicas o de otra naturaleza que ya cuenten con un programa organizado.

12. En la educación continua del personal de salud se debe identificar y reconocer la función de los Ministerios de Educación y de Salud, de las organizaciones profesionales y de los dirigentes y especialistas en educación continua. Cada uno de ellos debería estar bien informado de la función y obligaciones de los demás.

13. Por último, no cabe duda de que los Gobiernos agradecerán las directrices que describan las medidas apropiadas y posibles que se requieren para desarrollar los componentes de la educación continua del personal de salud. En otras palabras, sería muy útil la preparación de un manual de trabajo por un comité de expertos. Este manual debería ser dinámico, y las ediciones revisadas tendrían que introducir los cambios derivados de los resultados obtenidos en los proyectos de investigaciones operativas.

Noticias

XXV REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS

La XXV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XXIX Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, se celebró en Washington, D.C., del 27 de septiembre al 6 de octubre de 1977.

Estuvieron representados 31 Gobiernos Miembros y Participantes de la Organización. Asistieron además a la Reunión el Director General de la OMS, Dr. Halfdan Mahler, y los Directores Regionales de la OMS para las Regiones de Africa, Asia Sudoriental, Europa, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental, así como observadores de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, de cinco organizaciones intergubernamentales y de 46 no gubernamentales.

El Comité Ejecutivo estuvo representado por el Dr. Robert de Caires (Estados Unidos de América), el Dr. Laurence J. Charles (Bahamas) y el Dr. Rubén M. Cáceres (Paraguay).

La Mesa Directiva quedó integrada así: Presidente, Ing. Adán Cajina Ríos (Nicaragua); Vicepresidentes, Srta. B. A. Miller (Barbados) y Dr. W.A. van Kanten (Surinam); Relator, Dr. Everardo González Gálvez (Panamá), y Secretario *ex officio*, Dr. Héctor R. Acuña, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Consejo celebró una sesión preliminar, 11 sesiones plenarias y una de clausura y aprobó 35 resoluciones sobre una variedad de temas.

Se aprobó la solicitud oficial del Gobierno de Grenada de ingreso en la OPS, con lo cual son ahora 29 los Gobiernos Miembros; además, Francia, el Reino de los Países Bajos y el Reino Unido actúan en calidad de Gobiernos Participantes. Brasil, Canadá y Venezuela fueron elegidos para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años, por haber llegado a su término los mandatos de Bolivia, Estados Unidos de América y Jamaica.

Se presentó a la consideración del Consejo el Informe Anual del Director — en el que se resume la labor llevada a cabo en 1976 en apoyo de los numerosos programas que se desarrollan en los países — y los representantes felicitaron al Director y al personal de la Oficina por el trabajo realizado. Se aprobó un presupuesto de EUA\$36,502,659 para la Organización para 1978; las asignaciones se financiarán mediante cuotas correspondientes a los Gobiernos y otros ingresos. Esta cifra, junto con los fondos asignados a la Región de las Américas por la OMS y otras fuentes, hacen un total de \$62,815,686, que se dedicarán a programas de salud pública de la Región.

El Consejo tomó nota del Informe Final de la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (26-27 de septiembre de 1977) y resolvió incorporar a la política de la OPS el desarrollo de la participación de la comunidad y la atención primaria de salud como estrategias fundamentales para alcanzar la extensión de la cobertura de servicios de salud. Se recomendó a los Gobiernos que renueven sus esfuerzos para ampliar a la brevedad posible los servicios de salud a la población desprotegida en las áreas rurales y urbanas mediante: a) la programación de las estrategias según la realidad política, socioeconómica y cultural de cada país; b) el desarrollo del proceso administrativo en la programación de inversiones y servicios y en la evaluación eventual de las operaciones; c) la reestructuración de los sistemas de salud; d) la revisión de los planes de desarrollo de recursos humanos; e) el desarrollo de programas conjuntos entre países con características similares y problemas de salud comunes; f) el intercambio programado de personal especializado, y g) el análisis sistematizado de los requerimientos de cooperación para utilizarlos como complemento de los recursos nacionales. Las conclusiones de la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, por recomendación del Consejo, serán presentadas como una contribución de la Región de las Américas a la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud que tendrá lugar en Alma Ata, URSS, en 1978.

Al examinar las actividades llevadas a cabo por los Gobiernos y la Organización en el área de la salud juvenil, el Consejo recomendó que se prosigan los esfuerzos para el desarrollo de programas de protección de la salud de los jóvenes, incluidos los aspectos de adiestramiento, y que se sistematice el proceso que permita utilizar los recursos disponibles para promover el fomento de estas actividades en todos los países, con énfasis especial en la orientación para la vida familiar y la paternidad responsable, así como en la participación activa de los jóvenes en el proceso de desarrollo comunitario.

Teniendo en cuenta que en 1979 se celebrará el Año Internacional del Niño, se encomendó al Director que promueva la participación de la Organización en los planes que al respecto se lleven a cabo en la Región, y a los Gobiernos, que identifiquen los problemas prioritarios de la infancia para proceder al fortalecimiento de los programas correspondientes, asignando especial relevancia a los aspectos relacionados con la educación para la salud, nutrición, vacunaciones, control de enfermedades infecciosas, desarrollo de la infraestructura y adiestramiento de personal.

Considerando la importante función que recae en el personal de enfermería en relación con la atención primaria de salud, así como la subutilización de la enfermera de acuerdo con sus posibilidades de prestación de atención, el Consejo recomendó que se reajusten las funciones de las enfermeras y auxiliares a los niveles de atención que han de usarse en la extensión de los servicios de salud, que se establezcan los puestos necesarios para absorber en los servicios a los graduados de los programas de educación en enfermería, y que se

utilice la tecnología docente más moderna en esos programas para la preparación adecuada de los estudiantes.

El Consejo examinó los informes sobre cooperación técnica entre países en desarrollo del Director General de la OMS y del Director de la OSP, y recomendó que se preste el mayor apoyo posible a los programas de cooperación técnica que en forma conjunta llevan a cabo los países.

Se adoptó una resolución en relación con el problema que presenta el dengue, la fiebre amarilla y el *Aedes aegypti* en las Américas, por la que se recomienda a los países libres de ese mosquito que intensifiquen sus actividades de vigilancia contra la reinfestación; a los países que se han reinfestado después de haber logrado la erradicación, que adopten medidas apropiadas para la eliminación del vector, y a la Organización que apoye las investigaciones sobre la biología y el control del *A. aegypti*, la fiebre amarilla y métodos de vigilancia y control, y que promueva la disponibilidad de vacunas de alta calidad en cantidad suficiente y de insecticidas y medios para su aplicación con el fin de atender las necesidades.

El Gobierno de México sometió un documento titulado "Control vs. Erradicación en los Programas de Paludismo" y, dada la gravedad de la situación de la malaria en la Región, el Consejo reafirmó el objetivo final de erradicar la malaria en las Américas y reconoció que las actividades de control constituyen una etapa intermedia, pidiendo a los países que no están en condiciones de alcanzar la erradicación en un plazo previsible que se comprometan a perfeccionar sus actividades antimaláricas con el propósito de llegar a la erradicación.

Se aprobaron las recomendaciones del Grupo de Estudio del Comité Ejecutivo encargado de formular estrategias para llevar a cabo el Programa Ampliado de Inmunización, y se pidió al Director que se elaboren las directrices para asistir a los países en el desarrollo de sus respectivos programas, y a los Gobiernos, que formulen planes para intensificar y mantener actividades de inmunización, y que concedan elevada prioridad a estas actividades en sus programas de salud materno-infantil, atención primaria y extensión de la cobertura de los servicios de salud.

El Consejo tomó nota del informe final de la X Reunión Interamericana sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis y reconoció la importancia de los programas de salud animal para la prevención, control y erradicación de estas enfermedades, que influyen en la salud del hombre y de los animales. También expresó su reconocimiento a los Ministros de Agricultura por el apoyo que vienen dando a estas actividades y a los Centros Panamericanos de Fiebre Aftosa y de Zoonosis por su colaboración con los países en estos programas.

Las Discusiones Técnicas celebradas durante la Reunión se dedicaron al tema "Coordinación entre los sistemas de seguridad social y salud pública". El Consejo tomó nota del informe final de las Discusiones y exhortó a los

Gobiernos para que, de acuerdo con sus condiciones nacionales, adopten decisiones y mecanismos para desarrollar la coordinación institucional con objeto de asegurar la consolidación del sector salud. Asimismo, solicitó a la Organización que extienda los programas de cooperación técnica a los sistemas de salud de la seguridad social y que promueva actividades de investigación para desarrollar nuevas formas de prestación de servicios de salud que faciliten la coordinación de enfoques utilizados por los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social. Las Discusiones Técnicas en 1978 se dedicarán al tema: "Repercusión de los medicamentos en el costo de la salud: Problemas nacionales e internacionales", y en 1979, al tema, "Estrategias para la extensión y mejoramiento de los sistemas de abastecimiento de agua potable y disposición de excretas en la década de los 80".

El Consejo expresó su agradecimiento a los Gobiernos por las diversas actividades realizadas para conmemorar el 75° Aniversario de la Organización Panamericana de la Salud, así como por los valiosos regalos entregados a la OPS con motivo de esa celebración. También agradeció al Director y al personal de la OSP su cooperación en estas actividades para conmemorar este acontecimiento histórico.

Después de examinar el informe del Jurado del Premio OPS en Administración, el Consejo declaró ganador del Premio en 1977, a título póstumo, al Dr. Roberto Pereda Chávez, de Cuba, por su labor en el campo de la administración de los servicios de salud de su país.

Entre otras resoluciones aprobadas se encontraban las relativas al establecimiento de relaciones oficiales de la OPS con organizaciones no gubernamentales, Centro Panamericano de Adiestramiento en Salud de la Comunidad, reducción de la duración de las reuniones del Consejo Directivo, programa a mediano plazo de desarrollo de recursos humanos y enmiendas al Reglamento de Personal de la OSP.

El Consejo aceptó la invitación del Gobierno de Grenada para que la XX Conferencia Sanitaria Panamericana se celebre en la ciudad de St. George's en 1978.

REUNION SOBRE INTEGRACION DE LA ENSEÑANZA EN SALUD MATERNOINFANTIL Y REPRODUCCION HUMANA

Del 17 al 22 de noviembre de 1977 se celebró en Guadalajara, México, la IV Reunión del Grupo de Estudio sobre Integración de la Enseñanza en Salud Maternoinfantil y Reproducción Humana en las Ciencias de la Salud. Fue patrocinada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, la Asociación Mexicana de Escuelas de Medicina y la OPS. Los participantes provenían de Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua y Venezuela.

La reunión tuvo por objeto analizar los resultados alcanzados en el desarrollo de las actividades del proyecto durante 1974-1977; revisar la estrategia y resultados alcanzados en las relaciones interinstitucionales, coordinación de cátedras y trabajo en equipo (profesional, técnico y auxiliar), y promover el intercambio de experiencias entre las instituciones participantes y el desarrollo de los aspectos de nutrición y educación para la salud, y elaborar el programa de trabajo para 1978.

Los temas específicos que se trataron fueron los siguientes:

- Relaciones interinstitucionales en el campo de la salud: análisis histórico, fundamentos y estrategias.
- Coordinación interinstitucional en la ejecución del programa de enseñanza de la salud de la madre y el niño en la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara.
- La atención de la salud materno-infantil en México.
- Interdisciplinariedad.
- Estructuración curricular en base a la coordinación de los componentes de medicina preventiva y social, ginecoobstétrico, pediátrico y salud mental.
- Presentación de programas integrados para la enseñanza de la salud materno-infantil y reproducción humana en las instituciones participantes.
- División social del trabajo y su proyección al campo de la salud.
- Atención de la salud materno-infantil y las relaciones de trabajo del profesional con el técnico y el auxiliar.
- El componente de nutrición y de educación para la salud en los programas de servicio-docencia en salud materno-infantil y reproducción humana.
- Presentación de estudios en las instituciones participantes.

VII CONGRESO LATINOAMERICANO DE FARMACOLOGIA

Del 3 al 9 de diciembre de 1978 habrá de celebrarse en la ciudad de São Paulo, Brasil, el VII Congreso Latinoamericano de Farmacología. La reunión se celebrará bajo los auspicios de la Asociación Latinoamericana de Farmacología, la Sociedad Brasileña de Farmacología y Terapéutica Experimental y la Unión Internacional de Farmacología.

La organización general del Congreso incluye:

Miniconferencias por invitación (20 minutos de duración, seguidos de 20 minutos de discusión) sobre temas de interés general, con énfasis en lo siguiente:

- uso de drogas en el estudio de fenómenos fisiopatológicos
- mecanismo de acción de las drogas
- drogas en el tratamiento de enfermedades latinoamericanas: enfermedad de Chagas, esquistosomiasis, malaria
- control de calidad de drogas; criterios para la introducción de nuevas drogas; experimentación humana y farmacología clínica

Conferencias principales, por científicos de renombre internacional, sobre temas de interés especial

Comunicaciones libres

- organizadas en sesiones especializadas (10 minutos, seguidos de cinco minutos de discusión)
- en sesiones con base en afiches, que se sugiere sea la forma preferente de presentación

Cursos de actualización en terapéutica:

- Terapia de la hipertensión
- Quimioterapia antineoplásica
- Tranquilizantes y antidepressivos
- Terapia antirreumática
- Planificación de drogas

Simposios satélites, que serán organizados para tratar temas de interés especial y actualidad

Los interesados podrán dirigirse a la Secretaría del Congreso: Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, CEP 14100, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

CURSO DE POSGRADO EN ENFERMERIA

La Escuela Paulista de Enfermería, de São Paulo, Brasil, ofrecerá desde la segunda quincena de febrero hasta la segunda quincena de diciembre de 1978 un Curso de Posgrado en Enfermería. El curso constará de dos niveles: especialización en enfermería pediátrica y puericultura (primer módulo) y maestría (segundo módulo).

La especialización en pediatría y puericultura se destina a la preparación de profesionales de nivel superior (enfermeras, nutricionistas, asistentes sociales u otros) que trabajan o que tienen el propósito de trabajar en el campo de la atención infantil. Sus objetivos son los siguientes:

- Especializar profesionales para el trabajo con niños de todas las edades, con énfasis en la necesidad de considerar al niño de manera integral y en la importancia de la educación en el seno de la familia.
- Motivar a profesionales que trabajan en la atención infantil para la realización de investigaciones científicas.
- Enseñar técnicas de trabajo interdisciplinario a fin de ofrecer preparación para participar con eficiencia en equipos multiprofesionales.
- Preparar el individuo para tomar parte en la modificación de las condiciones en que se desenvuelve, llevarlo a comprender las fuerzas de los procesos de cambio y dotarlo de instrumentos intelectuales con los cuales podrá impulsar dichas fuerzas.

Los requisitos para la selección de candidatos a la especialización son:

- Presentar diploma de enfermería, asistente social, nutricionista u otro.
- Presentar *curriculum vitae*.
- Entrevista.

Para la obtención del certificado correspondiente se necesitarán 99 créditos (cada crédito =12 horas) y presentar un trabajo científico que contribuya a elevar el nivel de la atención infantil.

La maestría se destina a la preparación de docentes para el ejercicio de la enseñanza de nivel superior y para la realización de investigaciones científicas. Tendrá una duración de un año lectivo. Sus objetivos son los siguientes:

- Preparar al docente para planificar, ejecutar y evaluar las actividades curriculares del curso de grado en enfermería.
- Preparar al docente para realizar investigaciones científicas encaminadas a mejorar la atención infantil y la enseñanza de la enfermería pediátrica.
- Preparar al docente para que participe en grupos interdisciplinarios que estudien la atención infantil a nivel nacional e internacional.

Los requisitos para la selección de candidatos son:

- Presentar certificado de haber completado el curso de especialización en pediatría y puericultura.
- Presentar comprobante de ser docente de una escuela superior o documento que atestigüe que ha sido invitado a integrar el cuerpo docente de una escuela de nivel superior.
- Ser aprobado por la Comisión Coordinadora de Posgrado.
- Presentar *curriculum vitae*.

Las disciplinas de carácter obligatorio serán: enfermería en pediatría social; teoría y tendencias en enfermería; legislación de enseñanza superior y enseñanza en enfermería; metodología de investigaciones en enfermería. Las de carácter opcional serán: enfermería neonatal; enfermería pediátrica clínica y quirúrgica; nutrición y dietética infantil; administración de enfermería en unidades pediátricas. Asimismo se incluirán estudios de bioestadística, metodología de enseñanza superior y comunicación en el área de la salud.

Los interesados pueden dirigirse a la Escuela Paulista de Medicina, Departamento de Enfermería, Rua Napoleão de Barros, 754, Vila Clementino, 04024, São Paulo, Brasil.

Libros

PUBLICACIONES DE LA OPS Y DE LA OMS¹

IV Seminario Panamericano sobre el Control de la Lepra. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1977. 128 págs. *Publicación Científica 344*. Precio: EUA\$2.50.

Con la colaboración del Centro Internacional OPS/OMS de Investigación y Adiestramiento sobre Lepra y Enfermedades Afines,² la OPS organizó este Seminario que tuvo lugar en Caracas, Venezuela, en septiembre de 1975.

Aparecen en esta publicación los trabajos presentados bajo los temas siguientes:

Clasificación de la lepra, donde se hace un análisis de las clasificaciones que tienen los diferentes tipos de la enfermedad y se trata de llegar a un acuerdo de manera que se haga una clasificación uniforme para uso internacional.

Avances recientes en la investigación científica leproológica, en este tema se trata de los adelantos logrados en el cultivo del *Mycobacterium lepraemurium* y se estudian los factores que influyen en su crecimiento ya que los adelantos logrados en este campo revisten gran importancia para conocer las características del *M. leprae* y poder eventualmente desarrollar su cultivo.

Terapéutica de la lepra, que analiza diversos tratamientos, su duración, dosis y modo de administración, siendo la DDS la droga preferida.

La epidemiología de la lepra estudia nuevas metodologías de trabajo pues las grandes migraciones internas de población ocurridas en el último decenio, de las zonas rurales a las urbanas, han hecho que la lepra se convierta en un problema de salud de zonas urbanas importantes y en consecuencia no todos los servicios de salud tradicionales están aptos para absorber estas nuevas actividades.

¹Estas publicaciones se pueden adquirir al precio indicado, si se solicitan de la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana en Washington, D.C., o de la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, según corresponda. En Sudamérica, pueden ser adquiridas a través de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud de la OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

²Actualmente Centro Panamericano de Investigaciones y Adiestramiento en Lepra y Enfermedades del Trópico.

Sistemas de control de la lepra expone los diferentes métodos, sus ventajas e inconvenientes de acuerdo con las idiosincrasias de cada país; también en esta parte se hace un estudio de la conveniencia de integrar los servicios de lepra en los servicios generales de salud. Además presenta una serie de técnicas sencillas de prevención y tratamiento de las incapacidades físicas que, entre otras cosas, comprende ejercicios que el paciente puede realizar en su casa bajo supervisión, y también se explica cómo con poco costo, y utilizando materiales que pueden conseguirse en la localidad, es factible corregir y evitar incapacidades primarias de las manos y pies.

Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1977. *Publicación Científica 345.*

El volumen de la Clasificación Internacional de Enfermedades dedicado a la oncología (CIE-O) constituye una ampliación del Capítulo II (Tumores) de la Novena Revisión de la Clasificación, que se va a publicar este año como nueva edición del *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*. La CIE-O permite codificar todos los tumores en función de su topografía, histología y proceso evolutivo.

En la sección morfológica de la CIE-O se ha procurado utilizar los términos histológicos utilizados para designar las neoplasias en la serie *Clasificación Histológica Internacional de Tumores*, de la que ya ha publicado la OMS 16 números. Esta clasificación de los tumores, admitida internacionalmente, está permitiendo a los oncólogos de todo el mundo comparar los resultados de sus trabajos.

Antes de su publicación, la nueva CIE-O se ensayó en diversos países utilizando los archivos médicos de centros anticancerosos y hospitales, departamentos clínicos y anatomopatológicos y los certificados de defunción. Se procuró incluir los registros de tumores de diversas especialidades, como dermatología, pediatría, estomatología y ginecología.

Esta publicación contiene dos listas numéricas: una topográfica, según la localización anatómica, y otra morfológica, según el tipo histológico del tumor. Tiene además índice alfabético de ambas listas y una lista de lesiones y afecciones seudotumorales.

Esta obra, al ofrecer una terminología común, facilitará la comunicación entre los oncólogos, los estadísticos sanitarios y los especialistas de otras disciplinas, con lo que contribuirá a promover la colaboración internacional en las investigaciones sobre el cáncer.

Métodos de control de la tuberculosis. Por A. Rouillon, S. Perdrizet, R. Parrot y H. Waaler. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1977. 70 págs. *Publicación Científica* 346. Precio: EUA\$3.00.

Esta publicación es la versión en español de dos trabajos publicados en inglés en *Tubercle* 57 (1976) y en *Advances in Tuberculosis Research* 19 (1976).

Uno de los trabajos ("La transmisión del bacilo tuberculoso: el efecto de la quimioterapia") trata sobre las importantes diferencias que existen en la capacidad de transmisión de varias formas de tuberculosis y cómo pueden explicarse por medio de datos cuantitativos relacionados con el comportamiento del bacilo en el hombre y el número de bacilos en las lesiones y en el esputo. Explica que aquellos pacientes en que el bacilo de la tuberculosis se puede detectar por el examen directo del esputo constituyen la mayor fuente de transmisión y además los individuos infectados por ellos son los que con más frecuencia desarrollan la enfermedad; en este trabajo se estudia cómo el empleo de la quimioterapia cambia completamente la historia natural de la enfermedad ya que, además de evitar la muerte del paciente tuberculoso, lo cura e impide que se convierta en un caso crónico; analiza también cómo las drogas utilizadas profilácticamente en los grupos de alto riesgo previenen la aparición de la enfermedad, y finalmente expone por qué la reducción futura de la transmisión dependerá esencialmente de que se mantenga un sistema adecuado para el diagnóstico precoz y el tratamiento de los casos que, sin lugar a dudas, seguirán apareciendo en el grupo de alto riesgo de la población.

El otro trabajo ("La vacunación con BCG y la situación epidemiológica") comprende un estudio de la eficacia clínica de la vacunación BCG cuando se administra adecuadamente y bajo control, y de la utilidad de esta vacuna en circunstancias individuales. No obstante, los autores expresan el problema que actualmente se presenta—cada vez con más frecuencia—de seguir aplicando sistemáticamente el BCG en masa en los programas de lucha antituberculosa en los países de baja prevalencia, y proponen un procedimiento que puede servir de ayuda para apreciar las ventajas e inconvenientes de la vacunación en países de alta y baja prevalencia. En la investigación que realizaron, practicaron una serie de pruebas considerando tres cohortes de 100,000 individuos (recién nacidos, recién ingresados en la escuela y recién egresados), vacunados y no vacunados, expuestos a varios riesgos de infección y que exhibían diversas tasas de evolución de la infección a la enfermedad. También incluyen los cálculos del costo del BCG y del diagnóstico, tratamiento y pérdida de jornales y tratan de cuantificar en términos absolutos y relativos las molestias inherentes a la administración del propio BCG.

Ambos artículos contienen una amplia bibliografía de trabajos especializados en la materia.

Enseñanza de la Fisiología en la Educación en Medicina Veterinaria en la América Latina—Informe de un Grupo de Estudio Asesor. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1977. 59 págs. *Serie de Enseñanza de la Medicina Veterinaria No. 3.* Precio: EUA\$0.50.

En la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia de la Universidad Nacional Autónoma de México, se reunió el Grupo de Estudio Asesor en mayo de 1975. El propósito de la reunión fue revisar la situación actual de los programas de fisiología en la formación de médicos veterinarios en el Continente.

El impresionante incremento en el número de escuelas de medicina veterinaria en años recientes revela una mayor demanda de profesionales por parte del proceso de desarrollo económico y social, lo cual genera una gran responsabilidad que deben asumir las instituciones nacionales e internacionales que tienen que ver con su formación. De ahí la necesidad de evaluar los currículos de las escuelas existentes y de estudiar y planificar debidamente los de aquellas de reciente creación o en proyecto, todo ello en función de la problemática regional y buscando dar a cada país el profesional que necesita.

Para lograr estos objetivos, el Grupo estudió los siguientes temas, que sirvieron de base para las recomendaciones que aparecen al final de la publicación: normas y metas mínimas para la enseñanza de la fisiología (contenido del programa de estudios); métodos sistemáticos para la enseñanza y el aprendizaje (solución de problemas, clarificación de objetivos, desarrollo del curso, evaluación); posibles mecanismos para determinar la equivalencia de los programas de enseñanza de la fisiología en la América Latina, e identificación de los problemas, definición de prioridades y establecimiento de un plan para el desarrollo de un programa de enseñanza uniforme.

Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Volumen 1, 1977. 806 págs. Precio: fr.s.30. Se publicará en español, francés y ruso.

Se trata de una nueva edición en inglés del *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death* (Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción), la cual ha sido revisada de acuerdo con la decisión emanada de la Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. La versión en español de este texto se encuentra en preparación.

La publicación de este *Manual* marca una nueva etapa en un proceso continuado que tiene como objetivo dar a conocer estadísticas de mortalidad y morbilidad comparables a nivel internacional. Desde 1893, cuando el

Instituto Internacional de Estadísticas adoptó la primera Clasificación Internacional de Causas de Defunción, esta clasificación ha estado sujeta a revisiones decenales en 1900, 1909, 1920, 1929 y 1938; las últimas dos estuvieron a cargo conjuntamente del Instituto Internacional de Estadística y de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones. Después de 1946, la Organización Mundial de la Salud asumió la responsabilidad de las revisiones subsiguientes; así, en 1948 efectuó la sexta revisión y en 1955 la séptima, agrupando por primera vez, dentro de un sistema único, causas de mortalidad y de morbilidad. La Primera Asamblea Mundial de la Salud adoptó, en 1948, las Regulaciones de Nomenclatura para guiar a las administraciones nacionales en la elaboración y publicación de estadísticas de acuerdo con la Clasificación Internacional.

Además del cuerpo principal de la Clasificación, el *Manual* contiene un capítulo sobre certificación médica y reglas de clasificación, así como listas de tabulación para la presentación de estadísticas con diversos propósitos y una serie de definiciones y recomendaciones.

Entre las modificaciones importantes introducidas en la Novena Revisión de la Clasificación pueden mencionarse las siguientes: clasificación dual para algunos diagnósticos, con un código primario para etiología y uno secundario para manifestaciones; inclusión de un glosario de enfermedades mentales destinado a ayudar a establecer diagnósticos psiquiátricos comparables en diferentes países usando la Clasificación; clasificación de tumores de acuerdo con su morfología; recomendaciones para la adopción de un nuevo certificado de mortalidad perinatal; reglas internacionales para la clasificación de causas de morbilidad, y un sistema de listas de tabulación más flexible para mortalidad o morbilidad.

Si bien la estructura de la Clasificación ha permanecido básicamente invariable, las enmiendas introducidas han estado orientadas a conferirle un carácter más detallado y a que se reflejen los cambios en el conocimiento médico. Se agregó una nueva regla para clasificación de mortalidad que permitirá la codificación de casos de defunción atribuibles a errores y accidentes de la atención médica. Asimismo se dan reglas más precisas para codificar neoplasmas malignos.

El Índice Alfabético, que constituirá el segundo volumen, se encuentra en preparación. La Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades entrará en vigencia a partir del 1 de enero de 1979.

El *Manual* proporcionará la base, en el próximo decenio, para la clasificación de enfermedades, traumatismos y causas de defunción en todo el mundo; debería formar parte de la biblioteca básica de estadísticos médicos y funcionarios de archivos, hospitales, funcionarios de salud, administraciones de seguros sociales y otras instituciones que recopilan estadísticas de mortalidad y morbilidad.

OTRAS PUBLICACIONES³

Visión—La revista interamericana. México, D.F. Vol. 49, No. 1, 17 de junio de 1977. 56 págs. Precio: EUA\$1.00.

Visión, revista interamericana de noticias fundada en 1950, publica un informe especial sobre la salud en América Latina. Al respecto señala que alrededor del 40% de los habitantes de la Región se hallan totalmente desamparados en lo que se refiere a su salud y menciona el compromiso que, en ese sentido, han contraído los países del Continente para cumplir con las metas fijadas en el Plan Decenal de Salud de las Américas de “poner al alcance de todo hombre, mujer y niño los servicios primarios de salud”.

El informe otorga lugar destacado a una entrevista que mantuvieron periodistas de *Visión* con el Director de la OSP, Dr. Héctor R. Acuña, quien respondió en esa oportunidad a un amplio cuestionario. El Dr. Acuña se extendió sobre diversos temas, entre los cuales cabe mencionar la distribución estadística de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la planificación de la familia, la atención primaria de salud y la participación de la comunidad para lograr la extensión de la cobertura de salud a mayor número de habitantes sin disminución de la calidad de los servicios que se ofrecen. El Director de la OSP también se refirió al complejo problema de la emigración de médicos y profesionales de ciertos países hacia otros que les ofrecen mejores condiciones de trabajo, situación que no es exclusiva de América Latina y que responde a causas múltiples. La atención de los niños en ausencia de la madre trabajadora, los problemas de la contaminación ambiental y la necesidad de dar cada vez mayor importancia a la medicina general en detrimento de la especialización exagerada fueron otros de los temas de la entrevista. Ambas partes del informe especial, destinado a un público no especializado, ofrecen al lector un panorama amplio sobre el tema de la salud en el Continente.

La salud para todos. Apartado 10203, San José, Costa Rica. No. 1, 1977. 100 págs.

La portada de esta revista ilustra su finalidad principal: llevar a los hogares de las zonas rurales la atención de salud y el mensaje de utilidad práctica inmediata en los aspectos de saneamiento ambiental, nutrición, primeros auxilios, planificación de la familia y educación sexual.

La publicación de *La salud para todos* es el producto del trabajo coordinado de la Asociación Demográfica Costarricense, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación Pública de Costa Rica. La revista ha sido

³Los lectores interesados en las publicaciones reseñadas en esta sección deberán dirigir sus consultas o solicitudes a los libreros o casas editoras que en cada caso corresponda.

planeada, diseñada y producida para que, en términos generales, sea un eslabón más en el proceso educativo y social del país y, en particular, apoye las actividades que lleva a cabo el Programa de Salud Rural del Ministerio de Salud.

En este primer número aparece una gran variedad de temas que se abordan en distinta forma: mediante preguntas y respuestas se trata la educación sexual y los aspectos de salud durante el embarazo; se dan consejos sobre alimentación infantil y nutrición en general que incluyen recetas de cocina; se instruye con ejemplos sobre el uso de insecticidas; se hace el relato del descubrimiento de algunas vacunas y se recomienda la vacunación infantil; para hacer aún más atractiva la lectura se incluyen pasatiempos y letras de canciones regionales.

Merecen destacarse dos aspectos intrínsecos de esta revista: la profusión de dibujos y fotografías que ilustran cada página y un lenguaje y estilo sencillos, acordes con la población a la que está dirigida.

Es indudable que este tipo de publicaciones facilitará en mucho la labor de los auxiliares de salud quienes, como se menciona en un párrafo, "bajo el sol o la lluvia salen a hacer visitas a los caseríos más lejanos y a las casas más apartadas; algunos van a caballo, pero otros van en motocicleta, en lancha o a pie, por buenos y malos caminos".

INDICE DEL VOLUMEN 11 (1977)

- Acuña, Héctor R., 1, 103, 200
 Adiestramiento de personal, 284-297
 Adiestramiento de técnicos y auxiliares, 175-177, 297-300
 Administración de atención de salud, estudio regional de educación en, 279, 315-316
 Administración de recursos humanos, 278-279
 Administración de salud, programa regional de educación en, 89
 Aniversario de la OPS (75°), 1-2, 197-199, 200-204, 339-345
 Argentina
 enseñanza de histología y embriología, 127-141
 enseñanza de medicina preventiva y social, 408-412
 Atencão à infância em serviço comunitário ligado à universidade, 50-59
 Atencão a saúde e educação médica, 26-40
 Auxiliares, adiestramiento de, 175-177, 297-300

 Barbieri, Marco Antonio, 50
 Barbosa, Frederico S., 26
 Barros, Filho, Antonio A., 50
 Bassan, Norberto D., 127
 Becas de la OPS, 307-309
 Béhar, Moisés, 172
 Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME), 300-301, 326-328
 Bojalil, Luis Felipe, 109
 Brasil
 Atencão à infância em serviço comunitario ligado a universidade, 50-59
 atencão a saúde e educação médica, 26-40
 comunidad y programas de salud, 205-236
 programa integrado de salud comunitaria, 26-40
 programa de preparación estratégica de personal de salud, 280, 301-302

 Carvalho, Áttila G. de, 26
 Ciencias fisiológicas, enseñanza de, 181, 362, 374, 400-407
 Ciencias morfológicas en la formación médica, 142-161, 162-171
 CLATES (Centros Latinoamericanos de Tecnología Educacional para la Salud), 289, 300, 302-305
 Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas (16ª Reunión), 323-326
 Comunidad
 el concepto de, y su relación con los programas de salud, 205-236
 y desarrollo de los servicios primarios de salud, 103-108
 participación de la, en programas de salud, 1-2, 205-236, 258-276, 346-361
 Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina (IX), informe final, 60-71
 Conferencia de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, 182
 Congreso Latinoamericano de Farmacología, 425-426
 Consejo Directivo de la OPS, XXV Reunión, 421-424

- Consejo Ejecutivo de la OMS (59ª Reunión), 86-88
 Coste de la salud, 82-85
 Curso internacional de salud pública, 183-184
- Daneluzzi, Julio César, 50
 Desarrollo institucional, 279-280
 Desarrollo de recursos humanos, actividades de la OPS en el, 277-309
 Desnutrición como enfermedad social, 172-175
 Día Mundial de la Salud, 180-181
 Diseño curricular y educación médica, 80-82, 109-118
 D'Ottavio, Alberto E., 127
- Educación
 en administración de salud, 89
 continua, 278, 279, 412, 420
 en enfermería, 281-282, 286-287, 298-299, 305-306
 en estadísticas de salud, 292-293
 en ingeniería sanitaria y ciencias del ambiente, 290
 en malaria y otras enfermedades parasitarias, 295-296
 médica, 285-286
 medicina veterinaria, 291
 nutrición y dietética, 293-294
 odontología, 288-289
 salud mental, 294-295
 salud pública, 284-285
 en tuberculosis, 295
- Educación médica
 y atención de salud, 26-40
 diseño curricular, 80-82
- Educación para la salud-genética
 médica, 119-126
- Embriología, enseñanza de, 127-141
 Enfermería, educación en, 281-282, 286-287, 298-299, 305-306, 426-427
 Programa Latinoamericano de Tecnología Educativa en, 305-306
 Programa de Libros de Texto (OPS/OMS), 306-307
- Enseñanza
 de las ciencias fisiológicas, 181, 362-374, 400-407
 integrada de las ciencias morfológicas, 141-161, 162-171
 de la medicina interna, 375-388, 389-399
 de la medicina preventiva y social, 410-414
 (véase también bajo Educación)
- Enseñanza-aprendizaje de histología y embriología, 127-141
- Escuelas de Salud Pública de América Latina, IX Conferencia, informe final, 60-71
- Estadísticas de salud, educación en, 292-293
- Estudio regional de educación en administración de salud, 315-316
- Farmacología, VII Congreso Latinoamericano de, 425-426
- Fernández, Enrique, 142
- Foucault, Michel, 3
- Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), 281
- Fundación W. K. Kellogg, 281, 288, 315, 316
- Gandra, Domingo da S., 205
- García Manzanedo, Héctor, 346
- García Ricco, Rubens, 50
- Genética médica, educación en, 119-126

Hevia Rivas, Patricio, 258
 Histología, enseñanza de, 127-141
 Historia de la medicalización, 3-25

Ingeniería y ciencias del ambiente,
 educación en, 290

Innovaciones en la enseñanza de
 histología y embriología, 127-
 141

Instrumental Médico, Programa de
 (OPS/OMS), 307

Integración de las ciencias morfo-
 lógicas, 142-161

Integración de los servicios de salud
 y participación de la comuni-
 dad, 346-361

Investigación en salud maternoin-
 fantil y reproducción humana,
 41-49

Kellogg, Fundación W. K., 281,
 288, 315, 316

Lavor, A. Carlile H., 26

Libros, reseñas de, 93-100, 185-193,
 329-335, 428-434

Libros de Texto, Programa de la
 OPS/OMS, 306-307

Informe del Comité para la
 Enseñanza de las Ciencias Mor-
 fológicas, 162-171

Enseñanza de la Medicina In-
 terna y sus Especialidades,
 389-399

Mahler, Halfdan T., 72, 180, 197

Malaria y otras enfermedades para-
 sitarias, educación en, 295-296

Márquez, Miguel, 41, 310

Medicalización, historia de la, 3-25

Medicatura rural en la América
 Latina, 310-314

Medicina, bases para el diseño cu-
 rricular de la carrera, 109-118

Medicina interna, enseñanza de,
 375-388, 389-399

Medicina y los médicos del mañana,
 72-79

Medicina preventiva y social, ense-
 ñanza de, 282, 408-412

Medicina, Programa de Libros de
 Texto (OPS/OMS), 305-306

Medicina veterinaria, educación
 en, 291

Mercer, Hugo, 109

México

bases para el diseño curricular de
 la carrera de medicina, 109-118
 enseñanza de las ciencias fisioló-
 gicas, 400-407

proyecto para crear Escuela de
 Medicina en la Universidad de
 Sonora, 88

participación de la comunidad en
 programas de salud, 258-276

Monge, Carlos, 375

Nazer, Ricardo M., 127

Noticias, 86-92, 180-184, 317-328,
 421-427

Núcleos de Investigación y Desa-
 rrollo en Educación y Salud
 (NIDES), 281, 305

Nutrición y dietética, educación
 en, 293-294

Odontología, educación en, 288-289

Organización Mundial de la Salud
 Día Mundial de la Salud, 180-181
 Reunión del Consejo Ejecutivo
 (59ª), 86-88

Organización Panamericana de la
 Salud

Aniversario de la (75°), 1-2, 197-
 199, 200-204, 339-345

- desarrollo de recursos humanos, 277-309
- publicaciones de la, 93-100, 185-190, 329-334, 428-431
- Reunión del Consejo Directivo (XXV), 421-424
- Países de habla inglesa del Caribe, adiestramiento de auxiliares, 299-300
- Paraguaná Santana, J.F.N., 26
- Participación de la comunidad en los programas de salud, 1-2, 205-236, 258-276, 346-361
- Penchaszadeh, Víctor, 41
- Personal de salud, adiestramiento de, 284-297
- Planificación y administración de recursos humanos, 278-279
- Programa Latinoamericano de Desarrollo Educativo para la Salud (PLADES), 280-281, 305
- Programa Latinoamericano de Tecnología Educativa en Enfermería, 305-306
- Programa de Libros de Texto (OPS/OMS), 306-307
- Programa de medicina preventiva y social en la formación de personal de salud, 282
- Programa de Preparación Estratégica de Personal de Salud (Brasil), 301-302
- Programa Regional de Educación en Administración de Salud, 89
- Programas de salud, el concepto de comunidad y su relación con, 205-236, 258-276
- Publicaciones, reseñas de, 93-100, 185-193, 329-334, 428-434
- Radiología médica, formación de técnicos en, 175-177
- Recursos humanos, desarrollo de, actividades de la OPS, 277-309
- Recursos tecnológicos, 300-307
- Reproducción humana, investigación en, 41-49
- Reseñas, 72-85, 172-179, 310-316, 400-420
- Reunión de la Asociación Internacional de Epidemiología, 182-183
- Reunión del Consejo Directivo de la OPS (XXV), 421-424
- Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (IV), 317-323
- Reunión sobre Integración de la Enseñanza en Salud Materno-infantil y Reproducción Humana, 424-425
- Reunión Interamericana sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis (X), 177-179
- Salud y comunidad, 26-40, 103-108, 205-236
- Salud materno-infantil y reproducción humana
- enseñanza en, 424-425
- investigación en, 41-49
- Salud mental, educación en, 294-295
- Salud pública, educación en, 284-285
- Salud y tecnología, 237-257
- Santoró, José Romano, 50
- Servicio comunitario ligado a la universidad, 50-59
- Servicio médico rural obligatorio, 310-314
- Soares, Fernando Carlos, 50
- Soper, Fred L., *in memoriam*, 90-92

Taller de Educación Médica sobre
Diseño Curricular, 80-82
Taller sobre Enseñanza de las Cien-
cias Fisiológicas, 181, 400-407
Talleres, cursos y seminarios sobre
desarrollo educacional (OPS),
283-284
Técnicos y auxiliares, adiestra-
miento de, 175-177, 297-300
Tecnología educacional, 302-306
Tecnología y salud, 237-257
Tellez, Tomás E., 127
Tuberculosis, educación en, 295

Universidad de Sonora, proyecto
para crear nueva escuela de
medicina, 88

Venezuela, educación para la
salud—genética médica, 119-
126

Vidal, Carlos A., 142, 237, 375

Villalobos C., Heber, 119

Villarreal, Ramón, 109

Yépez, Rodrigo, 362

INFORMACION A LOS AUTORES

Educación médica y salud gustosamente considerará para su publicación:

a) Artículos sobre educación y adiestramiento de personal para la salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educativos e investigación en educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud. En lo posible, no deberán exceder de 3,000 palabras y habrán de venir acompañados de un resumen breve. Las referencias bibliográficas

deben adherirse a las normas del *Index Medicus* y ser presentadas, en hoja aparte, en el orden en el cual aparecen citadas en el texto. Los cuadros, gráficas y diagramas deben venir en hoja separada.

b) Noticias breves de interés para los educadores médicos a nivel internacional.

c) Reseñas de libros y artículos de particular importancia en el campo de la educación médica.

Los textos deben venir mecanografiados a doble espacio y con margen amplio a ambos lados y pueden ser escritos en español, inglés, portugués o francés.

El cuerpo editorial de la revista seleccionará los artículos que considere apropiados para ser publicados y, cuando sea pertinente, tomará a su cargo la traducción al español y las modificaciones editoriales. Consultará con el autor las modificaciones que impliquen cambios de fondo y, en lo posible, le comunicará la aceptación de su trabajo y la fecha probable de publicación. En ningún caso se devolverán los manuscritos originales.

Los autores de artículos publicados recibirán, gratuitamente, 50 reimpresos y podrán solicitar un número adicional según condiciones que serán convenidas para cada caso en particular.

NOTICE TO AUTHORS

Educación médica y salud will be pleased to consider for publication:

a) Articles on education and training of health personnel in the broadest sense, particularly with regard to the planning, implementation and evaluation of teaching programs, new educational techniques and research in medical education, and the development of human resources for health. As far as possible, the articles should be limited to 3,000 words and the author should enclose a short summary. Bibliographical reference should adhere to

Index Medicus standards and should be submitted on a separate page in the order in which they appear in the text. Illustrations, tables and diagrams should also appear on a separate page.

b) Short news items of interest to medical educators at the international level.

c) Review of books and articles of particular importance to medical education.

The text should be typewritten, double spaced, and have an ample margin on both sides; it may be written in English, Spanish, Portuguese or French.

The editorial staff will select those articles which it considers suitable for publication and, where appropriate, will assume responsibility for translation into Spanish, or for any editorial changes. The staff in question will consult any substantive changes with the author and, as far as possible, inform him of the acceptance of his contribution and its probable publication date. In no case can the original manuscript be returned to the author.

The author of any published article will receive 50 reprints free of charge and may request additional numbers which will be furnished in accordance with conditions to be agreed on in each particular case.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, hasta 1923 denominada Oficina Sanitaria Internacional, tuvo su origen en una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) que recomendó celebrar "una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas". Esta convención tuvo lugar en Washington, D.C., del 2 al 4 de diciembre de 1902 y estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana en 1924 y ratificado por los Gobiernos de las 21 repúblicas americanas, confirió funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina no fue modificado.

En virtud del acuerdo celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana asumió las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud es reconocida también como organismo especializado interamericano en el campo de salud pública con la más amplia autonomía en la realización de sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. En el cumplimiento de sus propósitos, la Oficina colabora con los Gobiernos Miembros en pro del desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salubridad, facilita los servicios de consultores, concede becas de estudio, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades de los países limítrofes en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadística de salud, y desempeña otras funciones afines. Su Director es el Dr. Héctor R. Acuña.

GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS

Argentina
Bahamas
Barbados
Bolivia
Brasil
Canadá
Colombia

Costa Rica
Cuba
Chile
Ecuador
El Salvador
Estados Unidos
de América

Grenada
Guatemala
Guyana
Haití
Honduras
Jamaica
México
Nicaragua

Panamá
Paraguay
Perú
República Dominicana
Surinam
Trinidad y Tabago
Uruguay
Venezuela

GOBIERNOS PARTICIPANTES

Francia

Reino de los Países Bajos

Reino Unido

OFICINAS DE AREA

Area I, Apartado 6722
Caracas, Venezuela

Area III, 12 Calle 6-15, Zona 9
Guatemala, Guatemala

Area V, OPAS/OMS
Caixa Postal 04-0229
Brasilia, D.F., Brasil

Area II, Havre 30, 3^{er} piso
México, D.F., Mexico

Area IV, Casilla 2117
Lima, Perú

Area VI, Charcas 684, 4^o piso
Buenos Aires, Argentina

Oficina de Campo

509 U.S. Court House
El Paso, Texas, E.U.A.

OFICINA CENTRAL

525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

CONTENIDO

NOTA EDITORIAL:

**LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD:
75 AÑOS DE SERVICIO**

**INTEGRACION DE SERVICIOS DE SALUD Y PARTICIPACION DE
LA COMUNIDAD**

**LO ABSTRACTO Y LO CONCRETO, LO DISCIPLINARIO Y LO
INTERDISCIPLINARIO EN LA ENSEÑANZA DE LAS CIENCIAS
FISIOLOGICAS**

**ENSEÑANZA DE LA MEDICINA INTERNA EN LA FORMACION
DEL MEDICO**

**INFORME DEL COMITE DE LIBROS DE TEXTO DE LA OPS/OMS
PARA LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA INTERNA Y SUS
ESPECIALIDADES**

ENSEÑANZA DE LAS CIENCIAS FISIOLOGICAS

ENSEÑANZA DE LA MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL

ESTUDIO SOBRE LA EDUCACION CONTINUA

XXV REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS

**REUNION SOBRE INTEGRACION DE LA ENSEÑANZA EN SALUD
MATERNAINFANTIL Y REPRODUCCION HUMANA**

CURSO DE POSGRADO EN ENFERMERIA

VII CONGRESO LATINOAMERICANO DE FARMACOLOGIA

RESEÑAS DE LIBROS

INDICE DEL VOLUMEN 11 (1977)

