

Educación médica y salud



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

SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud decidió que la principal meta social de los Gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, es decir la meta comúnmente denominada "salud para todos en el año 2000".

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, URSS) declaró que la atención primaria de salud, como función central del sistema nacional de salud y parte integrante del desarrollo social y económico, es la clave para alcanzar esa meta. Subsecuentemente, los Gobiernos se comprometieron—en la Asamblea Mundial de la Salud a nivel mundial y en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS a nivel regional—a dar cumplimiento a las resoluciones adoptadas para el logro de la salud para todos. Esos mandatos culminaron en las Américas el 28 de septiembre de 1981 en la aprobación del Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000 por el Consejo Directivo de la OPS. Dichas estrategias habían sido aprobadas por el Consejo Directivo en 1980 (Resolución XX) y constituyen hoy en día el fundamento de la política y programación de la OPS a más de representar el aporte de la Región de las Américas a las estrategias mundiales de la OMS.

El Plan de Acción aprobado por el Consejo Directivo contiene las metas mínimas y los objetivos regionales, así como las acciones que los Gobiernos de las Américas y la Organización deberán realizar a fin de lograr la salud para todos. El Plan, de carácter continental, es esencialmente dinámico y está dirigido no solo a los problemas actuales sino también a aquellos que se estima surgirán en la aplicación de las estrategias y en el cumplimiento de las metas y objetivos regionales. Define también las áreas prioritarias que servirán de base, tanto en el desarrollo del programa como en el de la infraestructura necesaria, a las acciones nacionales e internacionales.

El intercambio y la diseminación de información constituye una de las áreas prioritarias del Plan de Acción. El programa de publicaciones de la OPS—que incluye las publicaciones periódicas y científicas y los documentos oficiales—ha sido estructurado como medio para fomentar las ideas contenidas en el Plan a través de la difusión de datos sobre políticas, estrategias, programas de cooperación internacional y progresos realizados en la colaboración con los países de las Américas en la consecución de la meta de salud para todos en el año 2000.

Educación médica y salud

Volumen 18, No. 4
1984

Artículos

- 329 La atención médica, la enseñanza de la medicina y el mercado de trabajo para los médicos: el internado en México—*Julio Frenk*
- 344 El trabajo científico de los estudiantes: su papel en la formación de los profesionales de la salud—*Manuel Amador, José E. Fernández-Britto, Sandra Valido y Manuel Peña*
- 359 Perfil profesional del médico—*E. Schiappacasse, L. Ramirez, F. Retamal, H. Pérez y P. Ibañez*
- 371 Cambio de actitud de los trabajadores de salud: función de las escuelas de salud pública—*Alfonso Mejía*
- 393 Los sistemas cosmopolitas y tradicionales de salud: la mujer como nexo—*Deborah Bender*
- 402 El papel de los elementos de apoyo en la educación médica—*José Roberto Ferreira*
- 419 Políticas de recursos humanos para la salud: una propuesta para su formación—*Jorge Haddad y Francisca H. de Canales*

Reseñas

- 437 Metodología para evaluar la función de las promotoras en Colombia—*Lydia S. L. Bond*
- 442 Reunión del Grupo Especial de Trabajo de la OPS sobre Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD)

Noticias

- 447 Función de las universidades en las estrategias de salud para todos
- 449 Actividades del Programa de Desarrollo de Tecnología de Salud
- 450 Reunión Interregional sobre Desarrollo de Recursos Humanos

Libros

- 452 Publicaciones de la OPS y de la OMS
- 456 **Índice del Volumen 18, No. 4 (1984)**

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

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.

ISSN 0013-1091

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

UNION DE UNIVERSIDADES DE LA AMERICA LATINA
FEDERACIÓN 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

Otras publicaciones de la OPS son: el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, que publica mensualmente desde 1922 artículos científicos e información técnica sobre cuestiones de salud; el *Bulletin of PAHO*, trimestral, con selecciones del *Boletín* en español; el *Boletín Epidemiológico*, que aparece cada dos meses (español e inglés) y ofrece información sobre enfermedades de importancia en las Américas y otras regiones;

Sucesos (también publicada cada dos meses en español e inglés), que es un noticiero de la OPS, y las series *Publicaciones Científicas*, *Documentos Oficiales* y *Otras Publicaciones*, a través de las cuales se difunden conocimientos científicos y técnicos de interés internacional para la prevención de enfermedades y el fomento de la salud y se dan a conocer las decisiones de los Cuerpos Directivos de la OPS.

La atención médica, la enseñanza de la medicina y el mercado de trabajo para los médicos: el internado en México¹

JULIO FRENK²

INTRODUCCION

Entre los problemas teóricos básicos de la sociología médica se encuentran las condiciones macrosociales en que las formas predominantes de la práctica médica se institucionalizan en la prestación de servicios de atención médica y en la formación de los médicos en el sistema de enseñanza de la medicina. El análisis comparado de fenómenos fundamentales, como las modalidades de la intervención estatal en el campo de la medicina, la dinámica del mercado de trabajo para los médicos y los procesos de adquisición de carácter profesional en los distintos países es una estrategia prometedora para comprender las relaciones que existen entre la atención médica, la enseñanza de la medicina y los factores sociales determinantes. El estudio detallado de casos específicos de esos fenómenos en un solo país también contribuye al análisis comparado general. En este documento se trata precisamente de presentar un examen histórico integral de un programa en un país: el internado en México. Esperamos que este estudio de un caso contribuya a dilucidar las cuestiones más generales y a impulsar el desarrollo de una teoría de la atención médica basada en el análisis comparado de los sistemas de atención.

El estudio del internado parece apropiado para esos objetivos más amplios. Debido a su doble naturaleza de formación y utilización del personal, el internado ofrece una posición ventajosa para analizar algunas de las relaciones complejas que existen entre la enseñanza de la medicina y la atención médica. Durante los últimos veinte años, la existencia de un programa oficial para el internado ha determinado en gran medida la forma de esos dos sistemas en México. En ese país, el internado forma parte del programa oficial de la mayoría de las facultades de medicina, y no es una experiencia

¹Documento adaptado del primer capítulo de la tesis doctoral del Dr. Julio Frenk, titulada "Social origin, professional socialization, and labor market dynamics: The determinants of career preferences among medical interns in Mexico" (Universidad de Michigan, 1983).

²Director Académico del Centro de Investigaciones de Salud Pública, Ministerio de Salubridad y Asistencia de México, México, D.F.

de posgrado, como ocurre en los Estados Unidos. Generalmente se lleva a cabo durante el quinto año del programa, después de dos años de cursos básicos y preclínicos y de dos años más de cursos clínicos. Por esa razón, desde el punto de vista del programa, el internado representa la culminación de la enseñanza de pregrado de la medicina, un período de aprendizaje durante el cual se supone que el estudiante integre y aplique los conocimientos adquiridos en los cursos previos.

El internado en México tiene varias características contradictorias, que se pueden interpretar mejor teniendo en cuenta su desarrollo histórico. En primer lugar, existen varias definiciones de los internos. Desde el punto de vista del programa de estudios, son estudiantes inscritos en una facultad de medicina, sujetos a su supervisión y evaluación. En la práctica, sin embargo, los internos ocupan una posición en la estructura de empleos del hospital. La importancia exacta de esa posición varía según las necesidades de cada hospital, el grado de control que ejerce la facultad de medicina, etc. De esa manera, en los hospitales donde no hay suficiente personal, los internos se ocupan de gran parte de las tareas de atención de los pacientes, mientras que en los hospitales con exceso de personal su función se reduce a la de personal auxiliar. Por otra parte, las facultades de medicina influyen considerablemente en el internado cuando tienen sus propios hospitales universitarios donde la mayoría de los estudiantes realizan el internado. En ese caso, el internado es una experiencia educativa, más que de trabajo. Sin embargo, ese caso no es habitual, porque la mayoría de las facultades de medicina mexicanas no tienen hospitales universitarios, sino que recurren a la red de hospitales del sistema de seguridad social o de asistencia pública, y en menor grado al sector privado, para obtener el espacio clínico y el material necesarios para el adiestramiento de los internos. De esa manera, aunque existe un acuerdo en cuanto al carácter rotatorio mínimo del internado en los cuatro servicios clínicos básicos de medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, y pediatría (en México no existen los internados con una especialización), en general los hospitales disponen de bastante flexibilidad para adaptar el plan de rotación a sus propias necesidades y organización. Por esa razón, el internado en México no es una experiencia uniforme, sino que presenta amplias variaciones según las características estructurales de las facultades de medicina y de las diversas instituciones que constituyen el sistema de atención de salud.

La ambigüedad de la definición de la función del interno es aún mayor debido a que en México la mayoría de los internos reciben una remuneración mensual de los centros asistenciales, aunque esa remuneración reciba el nombre de "beca" a fin de destacar que el interno es todavía un estudiante. Además, los internos han organizado asociaciones y hecho huelgas principalmente para obtener aumentos de las remuneraciones, aunque ni las huelgas ni las asociaciones son legales. Sin embargo, esas actividades han constituido un elemento decisivo de presión en la negociación de los contra-

tos colectivos en los que se estipulan las condiciones de trabajo de los internos, aunque esos contratos los firman solamente las universidades y los centro asistenciales, y no las organizaciones de internos.

LA INTERVENCION DEL ESTADO Y EL MERCADO DE TRABAJO PARA LOS MEDICOS

Desde el comienzo del programa de internado en México han sido evidentes las tensiones generadas por la doble función de los internos como estudiantes de una facultad de medicina y miembros del personal de un centro asistencial. El comienzo del internado en su forma actual se remonta a enero de 1962 (1), aunque dos facultades de medicina que tenían su propio hospital universitario habían comenzado programas similares en una fecha más temprana y muchas otras facultades tenían un "hospital practicum" durante el último año de estudios. En esa fecha se inició el programa de internado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la más grande del país, que ha ejercido una influencia considerable en las demás facultades. Esa medida fue uno de los cambios cuantitativos y cualitativos más amplios que reorientaron drásticamente las condiciones del mercado de trabajo para los médicos en México. Por esa razón, a fin de comprender la creación y la evolución del internado, es necesario analizar brevemente esos cambios.

Según Edwards, Reich y Gordon (2) el *mercado de trabajo* consiste en las instituciones que actúan en la compraventa de mano de obra, la realizan o la determinan. En el caso del mercado de trabajo para los médicos, los dos factores institucionales principales son el sistema de enseñanza de la medicina, que determina en gran medida el número de médicos, y el sistema de atención médica, que influye considerablemente en la demanda de personal médico y su composición (3, 4). En el período comprendido entre 1958 y 1967 se produjo una transformación sin precedentes en el sistema de atención médica de México debido al notable aumento de la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud. Como señala Donnan-gelo (5), la extensión de la intervención del Estado en la atención médica tiene dos tipos de efectos en el mercado de trabajo para médicos. Uno es el aumento de la demanda de personal médico, que es puramente cuantitativo. El otro es un cambio cualitativo producido por la diferenciación entre las modalidades de la organización de la atención médica en los sectores público y privado, especialmente en lo que se refiere a la posición que ocupan en la organización los encargados de la prestación de servicios (5). Muy a menudo, la intervención del Estado lleva a la disminución de la autonomía profesional de los médicos, proceso que es aún más marcado cuando el Estado se ocupa de la prestación directa de los servicios y los médicos se convierten en empleados asalariados.

Otro aspecto del cambio cualitativo producido en el mercado de trabajo para los médicos es la redefinición de los paradigmas predominantes de la práctica médica como consecuencia de la extensión de la intervención del Estado en la atención médica.³ Los centros asistenciales son un buen ejemplo de lo que Meyer y Rowan (7) llaman "organizaciones institucionalizadas", sujetas a normas externas (por ejemplo, por medio de los mitos de racionalización) en cuanto a su estructura y funciones legítimas. No cabe duda de que el Estado es una de las principales fuentes normativas, dado que es un importante agente de racionalización y modernización (8).

A fines del decenio de 1950 y principios del decenio de 1960, el paradigma predominante en México en cuanto a la atención médica, que acompañó la extensión de la intervención del Estado, era lo que se ha llamado "medicina científica" (9), o sea, una modalidad sumamente racionalizada de la práctica de la medicina, basada en la división del trabajo médico según las especialidades, que se encuentra especialmente en la estructura centralizada del hospital y se adapta al marco institucional de las organizaciones estatales o financiadas por el Estado que disponen de niveles elevados de recursos tecnológicos y administrativos. Entre 1958 y 1967, el Estado no solo incrementó la prestación de servicios en México al asignar más recursos a la atención médica y extender la cobertura de la población, sino que también reorientó las definiciones básicas de los *lugares* destinados a la prestación de servicios, las *actividades* que determinan el carácter del trabajo médico y los *marcos institucionales* que rigen la prestación de servicios médicos.

En cuanto a los *lugares* donde se presta atención de salud, se pasó de los servicios ambulatorios a los servicios en los hospitales. Por ejemplo, el número de unidades de atención médica con camas del Instituto Mexicano de Seguridad Social aumentó en un 63% en un plazo de cinco años, entre 1959 y 1964, y el número total de camas se duplicó en ese período. Ese aumento se debió en parte a la construcción de nuevos hospitales, pero también a que se equiparon con camas las unidades que carecían de ellas. La construcción de grandes centros médicos que agrupan a varios hospitales especializados coronó el nuevo predominio de los hospitales. En 1961 se abrió el Centro Médico Nacional, que es todavía uno de los principales centros de hospitales de atención terciaria de América Latina. Al año siguiente se abrió otro centro similar en el norte de México, D.F. Además, el número de hospitales integrantes del sistema del Ministerio de Salubridad y Asistencia pasó de 238 en 1959 a 731 en 1964, y la Dirección de Servicios

³El concepto de paradigmas de la práctica médica está inspirado en gran medida en la formulación clásica de Kuhn (6). Sin embargo, cabe destacar que la palabra paradigma tal como la empleamos nosotros, no tiene rigurosamente el significado kuhniano puro. La atención médica es muy distinta de la profesión científica, que era el tema de Kuhn. En este artículo empleamos la palabra paradigma con un significado más amplio, denotando un modelo ideológico en cuanto a la forma, el contenido y la organización del trabajo médico, o sea, una serie de normas que rigen la manera en que se combinan los recursos humanos y materiales a fin de prestar servicios médicos ideales.

Médicos del Distrito Federal estableció una red de 15 hospitales de atención de urgencia en toda la ciudad. Como consecuencia de la nueva importancia adquirida por la atención en los hospitales, la combinación de los servicios también cambió. Aunque la prestación de servicios a los pacientes hospitalizados y ambulatorios aumentó considerablemente durante ese período, los servicios para los pacientes hospitalizados experimentaron una mayor expansión en términos relativos. Por ejemplo, en el Instituto Mexicano de Seguridad Social, que es la institución que tiene registros más completos, el número de visitas de pacientes ambulatorios aumentó en un 151% en el decenio comprendido entre 1958 y 1967, y el número de hospitalizaciones aumentó en un 376% (10).

En cuanto a los cambios en las actividades predominantes, disminuyó la práctica general y adquirió importancia la especialización. Esa pauta había comenzado de manera firme y clara en la medicina mexicana en el decenio de 1940, con la fundación de varios hospitales semiautónomos especializados. Durante el período de rápida expansión de la intervención estatal, se consolidó la función de la especialización como el principio organizador de la prestación de servicios médicos. Ese proceso se reflejó, por ejemplo, en la creación de los centros médicos terciarios citados y en el desarrollo de los programas de residencia, que en el decenio de 1950 ya estaban incorporados en casi todos los hospitales de México, D.F. (11). Como consecuencia, el número de médicos generales en relación con el de especialistas en el Instituto Mexicano de Seguridad Social pasó de 1,75 en 1961 a 0,93 en 1975 (10).

Por último, el predominio relativo de los distintos tipos de *instituciones* que proporcionan atención médica también cambió durante el período en consideración. El Estado se convirtió en la principal fuente de reglamentación del mercado de servicios médicos y de prestación de servicios, superando al sector privado en lo que se refiere a la población cubierta y al volumen de servicios. Dentro del mismo sector público, el sistema de seguridad social comenzó a ocupar una posición clave, en menoscabo de las instituciones de asistencia pública. La distinción entre esos dos tipos de instituciones es muy importante en México. Aunque ambas pertenecen al Estado, los métodos de financiamiento, la población cubierta y los niveles generales de recursos son muy diferentes. Las instituciones de seguridad social atienden a grupos cerrados, integrados principalmente de trabajadores industriales y empleados urbanos que aportan una parte de sus ingresos a fondos especiales, que junto con las contribuciones de los empleadores y del gobierno sirven para financiar las prestaciones económicas, sociales y médicas. Aunque el Instituto Mexicano de Seguridad Social, que es la institución más grande en su género, también cubre a ciertos grupos de trabajadores agrícolas y recientemente ha ampliado el programa de "solidaridad social" a fin de proporcionar atención médica a las poblaciones rurales que no hacen aportes, sus actividades principales todavía están orientadas a la

cobertura de los trabajadores industriales. Por el contrario, las instituciones de asistencia pública están abiertas en principio a todos los ciudadanos, aunque los recursos no han sido suficientes para atender a toda la población. Aunque esas instituciones también comprenden una red de hospitales generales y especializados, se supone que sean las principales organizaciones gubernamentales encargadas de la prestación de atención primaria a las poblaciones urbanas y rurales no cubiertas por el sistema de seguridad social. Financiadas principalmente con fondos provenientes de los ingresos generales, y no de un fondo especial protegido contra la demanda competitiva de los demás organismos del gobierno, las instituciones de asistencia pública tradicionalmente disponen de menos recursos (en total y per cápita) que las instituciones de seguridad social.⁴

Fue precisamente durante el período histórico que comenzó en 1958 que el sistema de seguridad social consolidó su predominio entre las instituciones mexicanas en el campo de la medicina. Al parecer, uno de los factores importantes en ese proceso fueron las 740 huelgas realizadas ese año en el país. Respondiendo a ese descontento social tan intenso, el Estado extendió las prestaciones sociales, incluso la atención médica. Las concesiones del sistema de seguridad social fueron medios para restituir la paz social (12). Del mismo modo que la asistencia pública constituyó, en sus primeros años, el régimen surgido de la Revolución Mexicana, el sistema de seguridad social fue la respuesta organizada del Estado a los cambios resultantes de la urbanización y la industrialización. Desde fines del decenio de 1950, el sistema de seguridad social se convirtió en el núcleo de la participación del Estado en la atención médica, absorbiendo una parte creciente de los recursos. En 1943 se creó el Instituto Mexicano de Seguridad Social, pero durante los primeros 15 años experimentó un crecimiento muy lento. Sin embargo, a partir de 1958 el Instituto pasó a la cabeza en cuanto a la expansión de la intervención estatal en la atención médica (10). Además, dado que el sistema de seguridad social cubre grupos específicos y cerrados, es especialmente compatible con la estructura corporatista de representación de intereses que prevalece en México.⁵ De ese modo, en 1960 se creó una institución independiente de seguridad social, exclusivamente para los empleados del gobierno federal. Además, los sindicatos más fuertes, como los de los trabajadores de la industria petrolera, de la electricidad y de los ferrocarriles, habían obtenido algunos años antes sus propios planes de seguridad social, que incluían prestaciones médicas (12).

⁴Por ejemplo, los gastos per cápita de las instituciones de asistencia pública fueron de 7,70 dólares en 1974 por comparación con US\$50,30 en el sistema de seguridad social. Kumate y cols. (11) citan otros ejemplos de la desigualdad en la distribución de los recursos entre ambos tipos de instituciones.

⁵Empleamos la palabra "corporatismo" en un sentido amplio, refiriéndonos a un sistema de representación de intereses caracterizado por asociaciones laborales jerárquicas y no competitivas, que representan los intereses de los miembros mediante negociaciones directas con el Estado. Si se desea un examen detallado del concepto de corporatismo, véase el artículo escrito por Schmitter (13).

El sistema de seguridad social ha desempeñado una función fundamental como instrumento de la política estatal relativa al movimiento obrero, que está organizado en gran medida según las pautas corporatistas. Además, el sistema ha respondido a la necesidad de mantener una mano de obra saludable capaz de alcanzar el alto grado de productividad requerido por el crecimiento industrial. Debido a esos factores y al financiamiento independiente y protegido, el sistema de seguridad social de México ha proporcionado los niveles más altos de recursos administrativos y técnicos y los más apropiados para la institucionalización del paradigma de la medicina científica.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

En resumen, la rápida expansión de la intervención del Estado, que tuvo lugar entre 1958 y 1967, produjo un aumento cuantitativo de la necesidad de personal en el sistema de atención médica y una reorientación cualitativa de las formas predominantes del trabajo médico, y por lo tanto, de los conocimientos que un médico debe poseer. En nuestra opinión, el internado fue una respuesta a esos dos cambios básicos en las condiciones del mercado de trabajo para los médicos. Cabe destacar que, desde el punto de vista cuantitativo, el aumento de la necesidad de personal médico en las instituciones asistenciales no se vio acompañado del correspondiente aumento en el número de estudiantes y graduados de las facultades de medicina. El número de estudiantes inscritos en la Facultad de Medicina de la UNAM permaneció prácticamente invariable entre 1958 y 1967 (14). Entre 1961 y 1965 no se creó ninguna facultad de medicina, y entre 1966 y 1970 se crearon solo cuatro (15). Eso indica que, frente al aumento de la demanda de personal médico, la política inicial no consistió en el aumento del número de estudiantes de medicina para incrementar la oferta de médicos, sino que, por el contrario, la respuesta fue la utilización de los recursos inmediatamente disponibles. Evidentemente, esos recursos eran los estudiantes que estaban cumpliendo la última fase de la formación de pregrado y que ya poseían los conocimientos y la experiencia necesarios para prestar algunos servicios médicos. De esa manera, el desequilibrio inicial del mercado de trabajo para los médicos (una demanda de las instituciones de servicios de salud que excedía la oferta de personal egresado de las facultades de medicina) creó las condiciones apropiadas para la aplicación del programa del internado. Aunque la justificación de ese programa fue a menudo el mejoramiento del adiestramiento práctico de los estudiantes de medicina, se reconoció explícitamente que la presencia de los internos fortalecería considerablemente la capacidad productiva de los hospitales (1). Teniendo eso en cuenta es posible comprender la triple coincidencia temporal del inicio de un proyecto de medicina estatal basada en la atención en los hospitales,

la falta del correspondiente aumento de la oferta de médicos y la creación del internado.

Sin embargo, el internado era algo más que un recurso para atender la necesidad creciente de personal para los hospitales; el internado formó parte de una reforma más amplia de la enseñanza de la medicina en virtud de la cual se modificó la estructura de los programas de estudio, a fin de adaptarlos mejor al cambio cualitativo que puso de relieve la práctica especializada en los hospitales. Antes de esa reforma, la mayoría de las facultades de medicina de México tenían un programa en el que se notaba la fuerte influencia de la tradición francesa en la parte clínica (después de los dos años de ciencias básicas), que consistía en tres años de instrucción clínica general basada principalmente en una distinción muy poco especializada de los fenómenos internos (o sea, médicos) y externos (o sea, quirúrgicos). El "practicum", en el sexto año, cubría la necesidad de adiestramiento práctico de los estudiantes de medicina. Se trataba de una actividad a tiempo parcial que se cumplía trabajando unas horas en algunos hospitales después de asistir a las clases regulares y haciendo guardias nocturnas ocasionales. De la misma manera, algunos estudiantes aprendían directamente practicando la medicina como asistentes extraoficiales de los médicos. Todo eso cambió con el proceso de reforma iniciado en 1956, y con la introducción experimental de "cursillos piloto" que comenzaron a reorientar el contenido del adiestramiento clínico hacia la especialización en los hospitales. El proceso culminó en 1960 con la aprobación de un nuevo programa de estudios para la Facultad de Medicina de la UNAM, organizándose los cursos clínicos según el estudio especializado de cada órgano o sistema. El sexto año del nuevo programa se dedicaba enteramente al internado (11). En realidad, varios problemas de organización demoraron el comienzo del programa de internado hasta el 1 de enero de 1962, pero lo importante es que por primera vez se exigió que los estudiantes llevaran a cabo actividades a tiempo completo en un hospital durante un año.

La finalidad del internado era no solo liberar cierta capacidad de trabajo a fin de emplearla de inmediato para atender algunas de las necesidades de los centros asistenciales, sino también que los internos adquirieran nuevos conocimientos prácticos que les permitieran trabajar en los hospitales y que al mismo tiempo les ofrecieran la capacitación médica que exigían las instituciones asistenciales con arreglo al nuevo paradigma de atención médica. Esa dependencia del internado con respecto a los hospitales, que existió desde el principio, probablemente sea la razón por la cual se delegó a los centros asistenciales el control del internado. Aparentemente, el internado representaría una nueva manera de unir la enseñanza y el trabajo, como ocurría en el caso de la enseñanza de la medicina por preceptores asignados antes de la aparición de las universidades medievales. Esas universidades establecieron una separación entre la práctica profesional y la enseñanza al conceder a los estudiantes el privilegio de no tener que hacer tareas

productivas (16). En realidad, el internado mantuvo esa separación, pero con un criterio diferente, favoreciendo no al estudiante eximido de la producción sino al productor que deja de ser estudiante. Las evaluaciones iniciales del internado al cabo de los primeros años pusieron de relieve los beneficios obtenidos por los hospitales en lo que se refiere al aumento de la producción de servicios atribuido al nuevo programa (que no dejaba de considerarse potencialmente incompatible).

LA APARICION DE LA DESOCUPACION DE LOS MEDICOS

Desde 1967, y especialmente desde principios del decenio de 1970, la relación cuantitativa entre la enseñanza de la medicina y los sistemas de atención médica prácticamente reflejó la situación del decenio anterior. Aunque el crecimiento del sector de atención de salud fue más lento y hasta disminuyó en ciertos aspectos, el sistema de enseñanza de la medicina experimentó una explosión. El estancamiento de las inversiones públicas en la atención médica acarreó la reducción de la tasa de crecimiento de los servicios prestados y del número de camas en el Instituto Mexicano de Seguridad Social y en el Ministerio de Salubridad y Asistencia. Por ejemplo, entre 1959 y 1967 el número de camas del Instituto aumentó en un 12% anual, por comparación con el 4% entre 1967 y 1976. Entre 1959 y 1967, las visitas de ambulatorios aumentaron en un 9% al año, y el número de hospitalizaciones, en un 15%. Entre 1967 y 1976, las cifras correspondientes fueron del 5 y el 7%, respectivamente (10).

Al mismo tiempo, comenzó a desarrollarse el sistema de enseñanza de la medicina mediante el aumento de las inscripciones en las facultades existentes y la creación de varias facultades nuevas. En solo cuatro años se duplicó el número de estudiantes inscritos, pasando de 20.127 en 1967 a 41.675 en 1971-1972 (17). Se calcula que en 1977 había 80.396 estudiantes de medicina en México (18). En cuanto al número de facultades de medicina, cabe destacar que la primera facultad de medicina de México fue fundada en 1790. Durante los 180 años siguientes, hasta 1970, se fundaron 26 facultades, pero se tardó solo 10 años más en abrir el mismo número de facultades de medicina, que en 1980 sumaban 54 (19). Esos procesos produjeron un aumento igualmente rápido del número de internos. Por ejemplo, durante los dos primeros años del programa de internado, el número de internos aumentó en un 17%, pasando de 1.200 en 1962 a 1.400 en 1964. Por el contrario, en el bienio 1970-1972 se produjo un aumento del 85%, pasando de 2.524 a 4.676 internos. Se calcula que en 1977 había 8.555 internos en México (1).

Al parecer, el factor determinante de la lentitud del crecimiento del sector de la atención de salud y del desarrollo del sistema de enseñanza de la medicina fue la crisis económica que afectó al país en el decenio de 1970.

Por una parte, se redujo la tasa de crecimiento de los gastos federales en los programas sociales, incluida la atención médica y por la otra, el Gobierno de México siguió una política de expansión de los sistemas de enseñanza media y superior. Por ejemplo, mientras que en el campo de la educación primaria los gastos federales ajustados según la tasa de inflación aumentaron en un 110% entre 1970 y 1976, los aumentos correspondientes a la enseñanza media y superior fueron del 246 y del 351%, respectivamente (20). Aunque los funcionarios gubernamentales nunca lo reconocieron explícitamente, cabe suponer que esa política se adoptó a fin de absorber una parte de la población joven que, debido a la situación económica imperante en el país, no podía encontrar empleo. Otro factor que explica en parte el desarrollo de la educación superior es la exigencia de índole política de la clase media de más fácil acceso a lo que se considera como uno de los medios más legítimos de ascenso en la escala social. De todas maneras resulta claro que las instituciones de enseñanza media y superior han agregado a sus funciones tradicionales la de demorar las presiones en el mercado de trabajo *general*. Sin embargo, una consecuencia importante de ese proceso ha sido la aparición del desempleo entre los graduados universitarios. En el caso de la medicina, en 1978 había alrededor de 8.000 graduados, pero solo 1.800 vacantes para médicos residentes, y según una fuente fidedigna se calcula que los sectores público y privado combinados no podían absorber más de 3.000 nuevos médicos al año (21). Eso significa que alrededor del 40% de los graduados se enfrentaban con la posibilidad de la desocupación o el subempleo después de seis años de estudios médicos. Como ejemplo de las múltiples paradojas del subdesarrollo, según los cálculos oficiales, en ese momento un tercio de la población mexicana, o sea más de 20 millones de personas, no tenían acceso a los servicios médicos (22).

Después de 1979, el mejoramiento de la situación económica, debido en gran medida al aumento de las exportaciones de petróleo, produjo un cierto grado de expansión del sector de la atención de salud, y al mismo tiempo se abrieron menos facultades de medicina. Sin embargo, el aumento del número de inscripciones en las facultades de medicina durante el decenio anterior fue tan grande que, aunque no siga aumentando, es probable que la oferta de médicos siga excediendo la demanda. Además, los problemas económicos recientes acarreados en parte por la baja de los precios del petróleo pueden llegar a profundizar el desequilibrio del mercado de trabajo para los médicos al obstaculizar el crecimiento sostenido del sistema de atención médica.

LA SITUACION ACTUAL DEL INTERNADO

En las condiciones que acabamos de describir, se ha establecido una nueva definición del internado. Es probable que la calidad de la enseñanza de la

medicina haya sido afectada por el aumento del número de estudiantes, que no fue acompañado de los aumentos correspondientes en los recursos asignados a su adiestramiento. A su vez, ese proceso ha colocado una carga aún mayor en el internado como fuente de adiestramiento práctico. Según un estudio publicado por el Ministerio de Salubridad y Asistencia (15), el reconocimiento de las importantes deficiencias que existen en los cursos de medicina ha planteado la necesidad de que el internado proporcione una mayor cantidad de conocimientos que son indispensables para el médico. Por esa razón, el internado de pregrado es uno de los aspectos más controvertidos del programa de estudios.

La ironía es que aunque el aumento masivo de la población estudiantil ha dado al internado una función muy importante en el adiestramiento de los médicos, también dificulta la consecución de los objetivos de la enseñanza en el internado. A fin de dar cabida al número creciente de internos, muchas instituciones de atención médica han creado puestos para internos en hospitales, dispensarios y centros asistenciales que antes no estaban en condiciones para recibirlos. Además, varias facultades han introducido un programa de "rotación en la comunidad", cuya supervisión real varía de un caso a otro, según el cual los internos deben pasar varios meses fuera del hospital, aumentando así la capacidad del hospital para dar cabida a más internos. Algunas facultades han propuesto la reducción del internado a seis meses, propuesta que ha generado la firme oposición de las organizaciones de internos y de los estudiantes de medicina en general. Al mismo tiempo continúa la forma tradicional del internado, con la rotación del interno durante un año en los diversos servicios del hospital, ocupándose de una parte considerable del volumen de trabajo. En los últimos años quizás haya aumentado la variedad de las experiencias a que están expuestos los internos. Además, el mismo internado ha tenido un efecto importante en el mercado de trabajo para los médicos. Debido al carácter obligatorio del internado, todos los internos tienen un puesto asegurado en una institución de atención médica. Al parecer, eso ha resultado en el reemplazo de los médicos graduados con internos, agravando así el problema de la desocupación de los médicos. El aumento del número de internos disponibles ha cambiado drásticamente la composición del personal del sector de la atención médica. Por ejemplo, en 1968 el Instituto Mexicano de Seguridad Social empleó a 105 médicos por cada 10 internos, y en 1975, a 37 médicos por cada 10 internos. En 1971, la Dirección de Servicios Médicos del Distrito Federal (organización de asistencia pública que presta principalmente servicios de urgencia en el Distrito Federal), había 194 médicos por cada 10 internos, pero cinco años más tarde, en 1976, había 37 médicos por cada 10 internos. Por último, en la rama del Ministerio de Salubridad y Asistencia que organiza los servicios de salud en los estados, esa proporción se redujo significativamente durante esos cinco años, pasando de 451 médicos a 8 por cada 10 internos (18). En esas circunstancias, el internado ha asumido

una nueva función: para la mayoría de los estudiantes de medicina representa el único caso en que pueden contar con una remuneración segura aunque transitoria, junto con el año de "servicios sociales". Una de las consecuencias de ese proceso ha sido la proliferación de las medidas colectivas adoptadas por los internos desde 1975, principalmente para obtener aumentos en las remuneraciones y la reglamentación de las condiciones de trabajo.

CONCLUSION

El análisis histórico precedente ha demostrado la firme y profunda relación que existe entre el surgimiento y la evolución del internado y la transformación de las condiciones del mercado de trabajo para los médicos, y también, en última instancia, con los procesos más amplios de desarrollo socioeconómico. Sería interesante investigar si la relación examinada en este documento también existe en otros países. Es preciso realizar estudios integrados en los que se establezca una relación entre los fenómenos macrosociales de la intervención estatal en la atención médica, los mercados de trabajo para los médicos y la profesionalización, y las formas específicas de la organización de la práctica médica y la enseñanza de la medicina. Los análisis de ese tipo contribuirán en gran medida a la elaboración de una teoría comparada de la atención médica que permita comprender mejor las pautas complejas de la asistencia sanitaria en el mundo actual.

Nota del autor:

Escribí y revisé este documento cuando era miembro de la "Michigan Society of Fellows" y Profesor Adjunto del Departamento de Organización de la Atención Médica de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Michigan. Forma parte de un estudio más amplio del internado en México, realizado con el apoyo de la Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana, el Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología y la Academia Nacional de Medicina de México. Doy las gracias a los demás miembros del equipo de investigadores, los Dres. Héctor Hernández-Llamas y Lourdes Alvarez Klein, a su director, el Dr. Ramón Villarreal, y al asesor, el Dr. Juan César García, de la Organización Panamericana de la Salud. También quiero dar las gracias a los miembros del comité de la Universidad de Michigan ante los cuales presenté mi tesis doctoral, Rashid Bashshur, Mayer Zald, Avedis Donabedian, Ronald Kessler y Charles Tilly. Sin embargo, ninguno de ellos es responsable por los defectos del presente artículo.

RESUMEN

En este artículo se trata de establecer una relación entre el surgimiento y la evolución del internado en México y una serie de cambios macrosociales, incluso la extensión de la intervención del Estado en la atención médica, los procesos del mercado de trabajo que han llevado a la desocupación de los médicos y la respuesta del sistema de enseñanza de la medicina.

El autor estima que este análisis integral ayudará a entender, al menos en parte, la compleja dinámica que rige la influencia mutua de la atención médica y la enseñanza de la medicina, y especialmente la manera en que los cambios en las condiciones del mercado de trabajo para los médicos llevaron a la formulación de paradigmas ideológicos de la práctica médica y a su institucionalización en los programas de estudio de las facultades de medicina.

El estudio también es importante para los países desarrollados y en desarrollo que se enfrentan con un número creciente de médicos y que, por consiguiente, necesitan comprender las posibles causas y efectos de esta tendencia.

REFERENCIAS

- (1) Frenk, J., H. Hernández-Llamas, y L. Alvarez-Klein. Análisis histórico del internado rotatorio de pregrado en México. *Gac Méd Mex* 119:87-96, 1983.
- (2) Edwards, R. C., M. Reich y D. M. Gordon (eds.). *Labor Market Segmentation*. Lexington, Massachusetts, D. C. Heath & Co., 1975, pág. xi.
- (3) Kriesberg, H. M., J. Wu, E. D. Hollander y J. Bow. *Methodological Approaches for Determining Health Manpower Supply and Requirements*, vol. 1: *Analytical Perspective*. Washington, D.C., Government Printing Office, Publicación No. (HRA) 76-14511, 1976.
- (4) Frenk, J., H. Hernández-Llamas y L. Alvarez-Klein. El mercado de trabajo médico. I. Elementos teóricos y conceptuales. *Gac Méd Mex* 116:187-195, 1980.
- (5) Donnangelo, M.C.F. *Medicina e Sociedade: O Médico e seu Mercado de Trabalho*. São Paulo, Brasil, Librería Pionera Editora, 1975, págs. 48-59.
- (6) Kuhn, T. S. *The Structure of Scientific Revolutions*, 2ª edición. Chicago, University of Chicago Press, 1970.
- (7) Meyer, J. W. y B. Rowan. Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *Am J S* 83:340-363, 1977.
- (8) Meyer, J. W. The world policy and the authority of the nation-state. En: *Studies of the Modern World-System*, A. Bergesen (ed.). Nueva York, Academic Press, 1980, págs. 109-137.
- (9) Berliner, H. S. A larger perspective on the Flexner Report. *Int J Health Serv* 5:573-591, 1975.
- (10) Frenk, J., H. Hernández-Llamas y L. Alvarez-Klein. El mercado de trabajo médico. II. Evolución histórica en México, *Gac Méd Mex* 116:265-284, 1980.

- (11) Kumate, J., L. Cañedo y O. Pedrotta. *La Salud de los Mexicanos y la Medicina en México*. México, D. F., Editorial de El Colegio Nacional, 1977.
- (12) Mesa-Lago, C. *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification, and Inequality*. Pittsburgh, University of Pittsburg Press, 1978, pág. 218.
- (13) Schmitter, P. C. Still the century of corporatism? En: *Trends Toward Corporatist Intermediation*, P. C. Schmitter y G. Lehmbruch, (eds.). Beverly Hills, Sage Publications, 1979, págs. 7-52.
- (14) Datos proporcionados por la Oficina de Planeación y Programación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- (15) Subsecretaría de Planeación. *Educación de Pregrado en Medicina y Enfermería*. México, D. F., Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1977.
- (16) García, J. C. *La Educación Médica en la América Latina*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 225, 1972, pág. 4.
- (17) Rodríguez, M. I. El estudiante de medicina—Su distribución en las Américas, 1971-1972. *Educ Méd Salud* 8:360-389, 1974.
- (18) Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. Análisis sobre el ejercicio de la medicina en México y sus proyecciones. México, D.F., 1978. Mimeografiado.
- (19) Hernández Chávez, A. *Estado Actual de la Educación Médica en México*. México, D.F., Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, 1982, págs. 161-164.
- (20) Fuentes, O. y M. Noriega. La política educativa del estado mexicano a través del financiamiento federal 1959-1976. México, D.F., 1979. Mimeografiado.
- (21) Rivero, O. Situación actual de la enseñanza de la medicina. Discurso pronunciado en la ceremonia de conmemoración del 400^o aniversario de la creación del primer curso de medicina en México. México, D. F., 21 de junio de 1978. Mimeografiado.
- (22) Laguna, J. Organización de la salud y la seguridad social como factores para el desarrollo social, México, D.F., 1976. Mimeografiado.

MEDICAL CARE, MEDICAL INSTRUCTION, AND THE MARKET FOR THE SERVICES OF PHYSICIANS: THE INTERNSHIP IN MEXICO (*Summary*)

This article endeavors to establish a connection between the emergence and development of internship in Mexico and a series of macrosocial changes, including the extension of Government intervention in medical care, the labor market processes that have led to unemployment among physicians, and the responses of the medical education system.

The author considers that this comprehensive analysis will be of use in understanding at least in part the complex dynamics of the influence exerted on each other by medical care and medical education, and particularly how changes in conditions on the labor market for physicians have led to the formulation of ideological para-

digms of medical practice and to their institutionalization in the programs of study of the medical schools.

The study is also important for developed and developing countries with increasing numbers of physicians and which therefore need to understand the possible causes and effects of this trend.

O ATENDIMENTO MÉDICO, O ENSINO DA MEDICINA E O MERCADO DE TRABALHO PARA OS MÉDICOS: O ESTÁGIO INTERNO NO MÉXICO (Resumo)

Nesse artigo trata-se de estabelecer uma relação entre o surgimento e a evolução do estágio interno no México e uma série de alterações macrosociais, inclusive a extensão da intervenção do Estado no atendimento médico, os processos do mercado de trabalho que levaram ao desemprego de médicos e as respostas do sistema de ensino da medicina.

O autor considera que essa análise integral ajudará a entender, pelo menos em parte, a complexa dinâmica que rege a influência mútua do atendimento médico e do ensino da medicina, especialmente a maneira como as mudanças nas condições do mercado de trabalho levaram à formulação de paradigmas ideológicos da prática médica e a sua institucionalização nos programas de estudo das faculdades de medicina.

O estudo também é importante para os países desenvolvidos que contam com um número crescente de médicos e que, por conseguinte, necessitam compreender as possíveis causas e efeitos dessa tendência.

LES SOINS DE SANTÉ, L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE ET LE MARCHÉ DU TRAVAIL POUR LES MÉDECINS: L'INTERNAT AU MEXIQUE (Résumé)

Dans cet article, l'auteur s'efforce d'établir un rapport entre l'apparition et l'évolution de l'internat au Mexique et une série de changement macrosociaux, y compris l'extension de l'intervention de l'Etat aux soins de santé, les mécanismes du marché du travail qui ont engendré le chômage des médecins et les réponses offertes par le système d'enseignement de la médecine. L'auteur estime que cette analyse d'ensemble permettra de comprendre, du moins en partie, la dynamique complexe de l'influence mutuelle entre les soins de santé et l'enseignement de la médecine, et en particulier la manière dont les changements et les conditions du marché du travail pour les médecins ont abouti à la formulation de préceptes idéologiques de la pratique de la médecine et de son institutionnalisation dans les programmes d'études des facultés de médecine.

Cette étude est également importante pour les pays industrialisés et en développement qui se trouvent en présence d'un nombre croissant de médecins et qui, par conséquent, ont besoin de comprendre les causes et les effets possibles de cette tendance.

El trabajo científico de los estudiantes: su papel en la formación de los profesionales de la salud

MANUEL AMADOR,¹ JOSE E. FERNANDEZ-BRITTO,² SANDRA VALIDO³
Y MANUEL PEÑA⁴

INTRODUCCION

El mundo actual se caracteriza por dos acontecimientos históricos de capital importancia: la revolución social y la revolución científico-técnica. Por ello, el desarrollo del pensamiento científico concebido históricamente es hoy un rasgo necesario de la educación superior, la que no puede considerarse moderna si no se desarrolla en los estudiantes el pensamiento científico-histórico (1, 2).

La ciencia médica es fundamentalmente una ciencia de observación y lo ha sido a través de los tiempos, desde épocas primitivas. Cada día, en la medida que avanza la revolución científico-técnica de nuestro siglo, es mayor la influencia que van teniendo sobre esta ciencia de observación las ciencias básicas como la matemática, la física, la química y otras, que han sentado las bases del nacimiento y avance impetuoso de las ciencias básicas biomédicas. El hombre ha ido así pasando de la observación de los fenómenos al estudio de sus causas y más tarde a buscar la esencia de los mismos. También la ciencia médica ha dejado de ser una actividad individual para convertirse en una actividad colectiva, cada vez más multidisciplinaria (3,4,5).

EL TRABAJO CIENTIFICO EN LA EDUCACION SUPERIOR

De modo conceptual se acepta universalmente que el trabajo científico es una actividad consustancial a la educación superior. La unidad de la

¹Profesor Titular y Vicerrector de Investigaciones y Posgrado, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

²Profesor Titular y Vicedecano de Investigaciones y Posgrado, Facultad de Medicina No. 3, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

³Instructora Graduada, Jefe del Departamento de Planificación de la Investigación, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

⁴Profesor Asistente y Director de la Unidad de Ciencia y Técnica, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

ciencia y el proceso de educación constituyen la condición fundamental para la formación de especialistas de un elevado nivel ideológico, ético y profesional (6,7,8).

El Sistema de Educación Superior en Cuba está constituido por un conjunto de subsistemas, uno de los cuales es el de Educación Médica Superior, cuyo desarrollo ha estado muy vinculado al crecimiento económico y social del país, y se ha convertido en factor indispensable e ineludible del desarrollo económico y cultural. El Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana es también un subsistema dentro del Sistema Nacional de Salud.

La evolución de la educación superior se encuentra siempre bajo la influencia de la revolución científico-técnica y esto genera una serie de particularidades, una de ellas vinculada al rápido desarrollo de la información, a la desactualización de los conocimientos adquiridos y a la necesidad de su renovación permanente. Es así que las funciones del especialista moderno tienden a adquirir cada vez más un carácter investigativo, independientemente de la actividad a que se dedique y de la rama en que participa.

En Cuba adquiere una gran relevancia el hecho de que los Centros de Educación Superior, al cumplir con su principal objetivo de formar los cuadros calificados que reclama el desarrollo nacional, cumplan también otra función importante, cual es llevar a cabo el trabajo científico investigativo que permite incorporar el potencial científico-técnico que representa el claustro profesoral en la búsqueda de soluciones para los problemas actuales del país; mejorar la preparación de los educandos, y contribuir a la formación de los nuevos cuadros científicos y al perfeccionamiento constante de los cuadros ya existentes (4,9).

La expresión más concreta de la vinculación de la ciencia con el proceso de enseñanza-aprendizaje es la preparación de los estudiantes para el trabajo científico. El acelerado proceso de la revolución científico-técnica exige que sea incorporada la mayor cantidad posible de estudiantes al sistema de trabajo científico en los Centros de Educación Superior, teniendo en cuenta el principio del desarrollo diferenciado de sus capacidades creadoras en el transcurso de los estudios. La actividad científica estudiantil constituye un buen medio para que el estudiante aprenda, bajo la orientación de especialistas destacados, el trabajo colectivo, así como a analizar y valorar críticamente sus resultados, y asimile los primeros conocimientos concretos acerca de la organización del trabajo de investigación científica y de dirección en general. Por eso constituye una tarea de primer orden la creación de colectivos de trabajo creador en los Centros de Enseñanza Superior, en las facultades y departamentos docentes, los cuales son dirigidos por cuadros científico-pedagógicos de elevado nivel profesional y políticamente calificados, que tienen condiciones para educar con éxito a nuestros jóvenes.

LA ACTIVIDAD CIENTIFICA ESTUDIANTIL COMO PARTE DEL PROCESO EDUCATIVO

Se entiende por actividad científica toda actividad dirigida al incremento del conocimiento científico, a su búsqueda y organización, al desarrollo de habilidades, capacidades y hábitos encaminados al trabajo creador, al manejo de métodos científicos de trabajo, al estudio del resultado del trabajo científico, a la realización de tareas que tiendan a la solución de los problemas de la producción o del servicio con la aplicación en la práctica de los conocimientos teóricos adquiridos (10).

Se considera que la investigación científica es la forma ya lograda a la que se puede llegar después de muchos años de trabajo científico y de experiencias en el campo de una especialidad o una especialización; o sea que para que el estudiante pueda realizarla tendrá que prepararse con anterioridad a su egreso de los Centros de Educación Superior, mediante su participación en actividades múltiples encaminadas al desarrollo de las condiciones necesarias para la investigación científica. Esto puede lograrse vinculando paulatinamente el trabajo científico estudiantil con la temática de investigación institucional, dirigida por los propios cuadros científico-pedagógicos del centro (10).

La actividad científica estudiantil es uno de los factores que integran el proceso formativo de nuestras nuevas generaciones de especialistas, por lo que tiene el siguiente *objetivo general*: contribuir a la formación integral del estudiante en la educación superior.

El trabajo científico, en sí mismo, es condición indispensable para la adquisición efectiva de los conocimientos y contribuye eficazmente al desarrollo de algunos objetivos de la educación superior en la esfera de la formación intelectual, laboral e ideológica.

Teniendo en cuenta los conceptos antes expresados, en la actividad científica estudiantil se consideran como principales los siguientes *objetivos específicos*:

1. Contribuir a la formación de la concepción científica del mundo.
2. Reforzar la formación del interés y de la inclinación permanente hacia el conocimiento y el desarrollo de habilidades y hábitos, tanto para el trabajo independiente y la autoeducación como para el trabajo colectivo.
3. Contribuir a la adquisición de métodos de trabajo científico y la utilización de los mismos en la solución de las tareas, con un enfoque creador e innovador.
4. Contribuir a profundizar en los problemas fundamentales del país y tomar conciencia de los esfuerzos que demanda la realidad de nuestra sociedad en desarrollo.
5. Contribuir a la adquisición de conocimientos y crear hábitos en la búsqueda de la información, organización y la utilización crítica de la misma.

6. Contribuir a la selección correcta de la especialización futura dentro de la rama del conocimiento científico en el que se desarrolla.

7. Contribuir a la formación de los futuros cuadros para la docencia, la asistencia, la investigación y la administración de la docencia médica y la salud.

8. Contribuir a una mayor vinculación entre el trabajo de la producción o servicio y la formación docente.

9. Estimular el desarrollo de rasgos positivos en la personalidad socialista, tales como modestia, tenacidad, disciplina.

10. Contribuir a estrechar las relaciones de estudiantes y docentes vinculados en un trabajo común, con objetivos beneficiosos para la colectividad.

11. Contribuir al desarrollo y ampliación de los planes temáticos generales de investigación de las distintas áreas de los Centros de Educación Superior.

Si bien la actividad científica estudiantil no tiene como objetivo primordial la formación de investigadores, no cabe duda que el desarrollar las aptitudes en el estudiante hace posible ir detectando, a lo largo de los años de formación pregraduada, aquellos alumnos con mejores cualidades, talento y capacidad para el trabajo científico. De estos se seleccionan algunos que manifiestan motivación por la docencia, a los que se les brindan actividades científico-docentes extracurriculares y se incorporan a ser alumnos ayudantes, fuente para la formación de futuros cuadros científico-pedagógicos (11). Igualmente, de aquellos con mejores cualidades para el trabajo científico-investigativo pueden surgir los futuros investigadores, no solo para incrementar el potencial científico universitario sino el de centros de investigación del país (12).

DESARROLLO HISTORICO DE LA ACTIVIDAD CIENTIFICA ESTUDIANTIL EN CUBA

Antes de 1959 no se recoge en la historia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana referencia respecto a la celebración de eventos científicos estudiantiles, ni se incluía en la formación de los educandos los conocimientos del método científico en el desarrollo de habilidades para la búsqueda de información. Esto era el reflejo de la casi ausencia de investigación científica en las cátedras universitarias; dónde esta se desarrollaba lo hacía anárquicamente, con carácter individual e individualista y completamente desvinculada de la problemática de salud del país (13).

A partir de 1962, después de realizada la reforma universitaria, se produce una completa transformación en las universidades. La Federación

Estudiantil Universitaria comienza a promover, con el apoyo de los departamentos docentes, la realización de trabajos científicos por los estudiantes, que los vinculan con las investigaciones que comienzan a realizar los profesores (14).

En 1961 se fundó la Revista Estudiantil *16 de Abril*, la cual en 1964 se convirtió en el órgano científico de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas.

En 1967 se celebró el Primer Encuentro Científico de Estudiantes de Medicina y Estomatología (EDEME) en la ciudad de Santiago de Cuba.

En el curso de 1968-69 se organizaron los primeros grupos de trabajo científico (GTC), celebrándose la Primera Jornada Científica en La Habana.

En el curso de 1973-74 se crearon las estructuras institucionales para la organización, control y evaluación del trabajo científico de los estudiantes. Por primera vez se celebró un Forum Científico de Estudiantes Universitarios, con estudiantes de todas las facultades y carreras universitarias del país.

En el curso de 1976-77 se creó el Ministerio de Educación Superior y se reestructuró la red de Centros de Educación Superior. Las Facultades de Ciencias Médicas de las cuatro universidades del país se convirtieron en universidades médicas independientes con el nombre de Institutos Superiores de Ciencias Médicas; el trabajo científico-estudiantil quedó establecido como actividad formativa y comenzó a estudiarse la forma de incluirlo en el currículo con carácter obligatorio para todos los educandos.

En el curso actual (1983-84), 3.626 alumnos—41% de la matrícula del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana—realizan trabajos científicos vinculados en su mayoría a los temas de investigación que desarrollan los profesores como parte del Plan Temático institucional (15).

LA ACTIVIDAD CIENTIFICA ESTUDIANTIL COMO PARTE DEL PLAN DE ESTUDIOS

El estudiante en la Educación Superior debe desarrollar un considerable número de capacidades, habilidades y hábitos para la realización eficaz de su futuro trabajo como profesional, que solo es posible lograr con efectividad si se sitúan en el plan de estudios (15).

La solución de este problema exige que se revise la estructura y organización del proceso docente; que se reanalicen los métodos de enseñanza, la actitud del profesor, sus enfoques en la dirección del trabajo estudiantil, así como su incorporación efectiva a la investigación.

No es posible transformar la enseñanza si a la par no se transforman los encargados de desarrollarla. Se ha insistido en el carácter transformador del trabajo científico, tanto en los estudiantes como en los docentes. En la base del trabajo científico estudiantil está la nueva concepción que de su

propio trabajo adquieren los docentes. Para ello, el cuadro científico pedagógico deberá actualizarse continuamente, para incorporar al proceso pedagógico los nuevos conocimientos y procedimientos adquiridos, productos del estudio de su trabajo práctico, tanto asistencial como docente e investigativo. Una forma muy efectiva de lograr la necesaria interacción alumno-profesor es vincular de forma real y efectiva la actividad científica del estudiante con la investigación que el docente realiza como parte del Plan Temático institucional (17).

En su labor formativa, el docente deberá eliminar algunas deficiencias que puedan surgir en el trabajo científico con los estudiantes, como son el paternalismo, el finalismo y el exceso de teorización, así como la aplicación poco rigurosa de la metodología científica. Otras deficiencias que surjan de carácter organizativo institucional como son centrar la actividad en las jornadas, la apatía de algunos jefes de departamentos y la falta de tiempo deberán ser abordadas y superadas.

FORMAS DE LA ACTIVIDAD CIENTIFICA DENTRO DEL PLAN DE ESTUDIOS

La actividad científica estudiantil dentro del Plan de Estudios adquiere tres formas fundamentales: trabajo de curso, grupo de trabajo científico y trabajo de diploma (9,10).

Se entiende por *trabajo de curso* la actividad científica que realizan los estudiantes a través de una asignatura específica y asesorados por los docentes de la misma.

Se entiende por *grupo de trabajo científico* la actividad científica que realizan estudiantes y docentes a lo largo del curso, vinculada al departamento, aunque no dependa de la organización interna de una asignatura, sino como actividad complementaria y voluntaria de esos estudiantes y docentes, que puedan tener carácter multidisciplinario y que debe estar vinculada al Plan Temático de investigación.

Trabajo de diploma es el trabajo con que concluyen los estudios de la especialidad. Asegura la culminación de la formación de los graduados con un trabajo que permita evaluar la preparación que ha obtenido y que represente el colofón de la actividad del estudiante.

Hasta el presente, en la Educación Médica Superior, el Trabajo de Diploma para obtener el título de la especialidad (graduado universitario) se realiza solamente en la especialidad de Licenciatura de Enfermería, mientras que el trabajo de curso no se practica en forma sistemática; sin embargo, la experiencia con los grupos de trabajo científico es muy amplia y fructífera y en la actualidad se cursa ya el año décimo sexto de trabajo en este campo, aunque aún no se ha logrado una plena vinculación de los GTC con los planes temáticos.

SUGERENCIAS DE METODOS PARA ABORDAR EL TRABAJO CIENTIFICO ESTUDIANTIL DENTRO DEL PLAN DE ESTUDIOS

La introducción del trabajo científico dentro del Plan de Estudios implica un análisis previo y cuidadoso del mismo, para determinar en qué forma puede introducirse en cada materia y su graduación (16).

Por lo tanto, para realizar este análisis es recomendable considerar las carreras divididas en dos ciclos fundamentales:

- a) Primer Ciclo de Ciencias Básicas
- b) Segundo Ciclo de Ciencias Clínicas (10,15).

a) *Primer Ciclo de Ciencias Básicas*: Comprende los dos primeros años de la carrera. En este ciclo la actividad científica estudiantil tiene como objetivo preparar al alumno técnica e intelectualmente para su iniciación en el trabajo científico. Fundamentalmente en este ciclo el estudiante desarrollará trabajo de curso o participará en los grupos de trabajo científico, de acuerdo con las características de las asignaturas y departamentos, y el contenido investigativo debe ir incrementándose en profundidad, a medida que avanza en su desarrollo académico.

Estos trabajos pueden fluctuar desde simples revisiones bibliográficas hasta trabajos de un contenido investigativo importante (parte de temas de investigaciones o pequeñas investigaciones). Su objetivo es familiarizar al alumno con el manejo de la bibliografía y adiestrarlo en el modo científico de pensar y razonar, enseñarle mediante este la consecución de un objetivo concreto o el esclarecimiento de la esencia de un fenómeno, o dar respuesta a una necesidad social.

b) *Segundo Ciclo de Ciencias Clínicas*: Comprende desde el tercero al sexto años de la carrera (incluido el internado). En este tendrá lugar el desarrollo de los trabajos de curso, de los grupos de trabajo científico, y los trabajos de diploma. El contenido de estos irá profundizando en calidad científica a medida que el perfil profesional del estudiante se vaya definiendo.

En ambos ciclos debe habilitarse una sesión de trabajo semanal (cuatro horas) para que el estudiante desarrolle estas actividades.

PLANEAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CIENTIFICAS ESTUDIANTILES

La realización de las actividades científicas no puede ser dejada al azar, ni al criterio particular de un docente. En pocas palabras, no puede ser espontánea sino cuidadosamente planeada por todos los elementos que influyen en la organización de un curso académico, y hacia finales del curso anterior, deberán comenzar a realizarse las coordinaciones necesarias para su ejecución en el siguiente. En este momento, los departamentos deben

presentar su programación de trabajo científico y sugerir los temas a desarrollar por los alumnos, decir en qué asignaturas se realizarán trabajos, así como su extensión y profundidad. Debe cuidarse de manera particular que los temas que se ofrecen estén incluidos en los temas de investigación en ejecución o que vayan a iniciarse próximamente. Es deseable que el departamento docente haga una labor que le permita vincular un mismo grupo de estudiantes a una investigación durante varios cursos, desde el planeamiento hasta el análisis de sus resultados, lo que permitirá a los educandos relacionar el desarrollo global del tema con los aspectos particulares del mismo que ellos hayan abordado (17).

El grupo de estudiantes en los que es más factible realizar esta vinculación es precisamente en los alumnos ayudantes e instructores no graduados que están adscriptos a un departamento durante toda su formación (11).

Los aspectos de las tareas y temas del plan temático que serán abordados por los estudiantes mediante los trabajos de curso, grupos de trabajo científico y trabajos de diploma durante cada curso deben ser aprobados por los niveles correspondientes del departamento, facultad o instituto, velando que reúnan los requisitos para cumplir los objetivos formadores que se proponen. No se excluye la posibilidad de que los propios estudiantes puedan proponer sus tareas o temas de trabajo, siempre y cuando estén debidamente fundamentados.

ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES

Además de las actividades científicas programadas dentro del plan de estudios, pueden organizarse otras con carácter extracurricular, capaces de contribuir a los mismos objetivos educacionales y formativos, constituyendo a la vez un estímulo para los educandos. Entre una amplia gama de posibilidades, pueden valorarse las siguientes: (10).

1. Asistencia a defensas de trabajos de diplomas, trabajos de terminación de residencia o defensa de tesis de grado científico.
2. Asistencia a conferencias impartidas por especialistas cubanos o extranjeros cuando el carácter de estas actividades obligue a limitaciones en el número de asistentes; el derecho de acceso puede darse como estímulo a alumnos destacados.
3. Asistencia a debates de cine científico dirigidos por especialistas en la materia.
4. Asistencias a exposiciones ilustradas.
5. Organización de exposiciones vinculadas al trabajo de curso de un colectivo de estudiantes.
6. Asistencia a las actividades departamentales o de la asignatura de carácter científico o científico-administrativo.

7. Presentación de los trabajos de cursos en eventos científicos de la facultad, instituto, ministerio de salud pública (local, municipal, provincial, nacional, etc.) o de otros organismos.

8. Muy particular importancia científica y política debe darse a la vinculación de las actividades científicas con las de la solidaridad internacional.

9. Cualquier otra actividad en que el estudiante, debidamente orientado y controlado, cumpla los objetivos previamente descritos de esta actividad científica estudiantil.

JORNADAS CIENTÍFICAS ESTUDIANTILES

Las Jornadas Científicas Estudiantiles son aquellos eventos de la Educación Superior desarrollados en escuelas, centros, facultades e institutos donde los estudiantes asesorados por los docentes tienen la oportunidad de presentar y discutir en forma de trabajo científico el esfuerzo realizado durante el año académico. Esta actividad debe estar ubicada próxima a la culminación del curso (13).

Objetivos

1. Recoger organizadamente el esfuerzo de estudiantes y docentes, desarrollado en forma de actividad científica durante el curso de que se trate.

2. Incrementar las habilidades de los estudiantes y docentes en lo que al desarrollo, preparación, presentación y defensa de trabajos científicos se refiere.

3. Aumentar el caudal científico de conocimientos y habilidades de los participantes.

4. Servir de estímulo general a estudiantes y docentes para incrementar sus esfuerzos en este importante aspecto científico.

5. Producir un positivo intercambio de experiencias.

Las Jornadas Científicas Estudiantiles se realizan actualmente en las distintas áreas docentes de nuestros Institutos Superiores de Ciencias Médicas (facultades de medicina, estomatología e ICBP "Victoria de Girón"). En algunas facultades e institutos también se celebran Jornadas en las áreas básicas, separadas de las áreas hospitalarias, mientras en otras, como la Facultad de Estomatología de La Habana, se celebran conjuntamente las jornadas del área básica y del área clínica, lo que contribuye a darle a estos eventos un carácter más multidisciplinario.

Los Foros Científicos Nacionales de Estudiantes de Ciencias Médicas y Cultura Física se han continuado desarrollando con éxito y el próximo que tendrá lugar será el VII, con sede en el Instituto Superior de Ciencias

Médicas de Camagüey. A ellos concurre una selección de los trabajos premiados en las jornadas científicas de los distintos Institutos Superiores en los dos cursos previos a la celebración de cada Forum Científico Nacional de Estudiantes Universitarios, que tiene una periodicidad bienal.

ESTIMULOS PARA LA ACTIVIDAD CIENTIFICA ESTUDIANTIL

La consideración de la Actividad Científica Estudiantil como una actividad curricular hace que esta, como las restantes actividades académicas, deba ser evaluada y dicha evaluación reflejada en el expediente del alumno. Además, debe existir el estímulo al esfuerzo personal y colectivo que contribuya a una mayor motivación de autores y asesores. Estos estímulos consisten en (10):

Diplomas de participación a todos los que presenten trabajos a un evento y a sus asesores.

Diplomas de premio a los mejores trabajos, que pueden acompañarse, además, de obsequios.

Publicación de los trabajos premiados en la *Revista 16 de Abril*.

Presentación de trabajos premiados en eventos organizados por otras instituciones.

Presentación de los mejores trabajos en los Foros Científicos Estudiantiles de Ciencias Médicas y Cultura Física.

DIVULGACION DE LA ACTIVIDAD CIENTIFICA ESUDIANTIL

Desde que se inició la Actividad Científica Estudiantil, se han presentado más de 5.000 trabajos en Jornadas Científicas Estudiantiles. La necesidad de recoger todo este esfuerzo y divulgarlo, así como para contar con una publicación enteramente dirigida por estudiantes se hace evidente.

En 1961, la Federación Estudiantil Universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana fundó la *Revista 16 de Abril*. Esta publicación, de carácter único en Cuba y excepcional en el mundo, se edita cada dos meses, e incluye en sus páginas los trabajos premiados en las Jornadas Científicas y Foros Nacionales. Además, cuenta con interesantes secciones de contenido científico, informativo y político-ideológico.

La dirección de la Revista está a cargo de la Federación Estudiantil Universitaria, organización que dispone de varios cuadros de dirección estudiantil para los distintos frentes editoriales. Debe destacarse que todo el trabajo que se realiza se lleva a cabo exclusivamente por estudiantes en su

tiempo libre. La Revista cuenta también con un cuerpo de docentes que asesora al Comité Editorial.

Recientemente se están dando pasos para incluir los trabajos científicos de los estudiantes dentro del sistema de recogida de información no publicada (flujo ascendente de información). De esta forma, todos los resultados de las investigaciones estudiantiles serán recogidos, publíquense o no, y podrán servir de referencia para estudios ulteriores o análisis comparativos con resultados obtenidos en otras áreas.

PAPEL DE LAS ORGANIZACIONES ESTUDIANTILES EN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CIENTIFICA ESTUDIANTIL

Tanto la Federación Estudiantil Universitaria, organización de masa de los estudiantes de nivel superior, como la Unión de Jóvenes Comunistas, organización política de toda la juventud cubana, han desempeñado una importante función en el desarrollo de la actividad científica estudiantil en nuestros Centros de Educación Superior. En el recuento histórico ya se subrayó como esta actividad fue centrada e impulsada por las organizaciones estudiantiles durante los dos primeros años de su existencia (1969-1970), a través de un extraordinario esfuerzo. Cuando la actividad científica estudiantil pasó a ser una responsabilidad institucional, la estructura de este frente siempre contó, en cada nivel, con una representación estudiantil que garantizaba el trabajo coordinado de profesores y estudiantes para la consecución de los objetivos de la actividad.

Actualmente las organizaciones estudiantiles cuentan con secretarios de investigaciones en niveles de facultad y en cada uno de los hospitales-escuelas, con lo que se garantiza una necesaria promoción y un control de trabajo científico entre los estudiantes. Los estudiantes participan en la organización de las jornadas científicas y en las restantes actividades extracurriculares que se programan.

La gran perspectiva con que nuestras organizaciones estudiantiles han visto este trabajo se refleja en la dedicación que sus dirigentes tienen hacia esta actividad; en los resultados obtenidos, que en gran parte se deben a su esfuerzo colectivo; y en el peso que la incorporación de esta actividad tiene en las evaluaciones que periódicamente se realizan de cada estudiante en el seno de estas organizaciones.

Como en otros países socialistas, particularmente en la Unión Soviética y en la República Democrática Alemana, la actividad científica estudiantil en Cuba se ha convertido en una actividad de masa, donde los educandos son parte de la actividad misma, la impulsan, la perfeccionan, para contribuir así a su desarrollo histórico (18,19).

CONCLUSIONES

- La enseñanza médica superior tiene en Cuba una vasta y fructífera experiencia de 16 años en el desarrollo del trabajo científico de los estudiantes, al cual está vinculado casi la mitad de los matriculados en el curso 1983-84 en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

- A través de los Grupos de Trabajo Científico (GTC) se ha logrado desarrollar en el educando habilidades y aptitudes para el trabajo creador y para la adquisición de conocimientos necesarios para su labor cotidiana como profesional.

- La selección de estudiantes con cualidades para el trabajo científico permite tener una cantera para la formación de recursos humanos para la enseñanza y para la investigación.

- El trabajo científico estudiantil, al ser una actividad educativa, debe formar parte del currículo y, por tanto, ser universal, obligatorio y evaluado. También debe ser estimulado con distinciones o reconocimientos, tanto de índole moral como material.

- La mejor forma de estrechar el vínculo alumno-profesor en el trabajo científico es mediante la incorporación de grupos de estudiantes a los equipos que ejecutan proyectos de investigación.

- Los resultados del trabajo científico estudiantil deben ser divulgados. En Cuba se celebran jornadas locales y foros nacionales y los mejores trabajos se publican en una revista científica.

- El respaldo de las organizaciones estudiantiles ha sido decisivo en el éxito de esta actividad.

RESUMEN

En este artículo se exponen los resultados de 16 años de experiencia en el desarrollo científico de los estudiantes de ciencias médicas en Cuba, particularmente de la antigua Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana, hoy Instituto Superior de Ciencias Médicas.

Se exponen las distintas formas intra y extracurriculares que puede adoptar esta actividad, enfatizándose la positiva experiencia acumulada en los llamados Grupos de Trabajo Científico, vinculados a los proyectos de investigación de los profesores.

Se destaca el carácter formativo que posee esa práctica y la necesidad de que forme parte del currículo como actividad obligatoria y evaluada, y que a su vez sea estimulada moral y materialmente. Dadas las exigencias de la revolución científico-técnica, se considera que el trabajo científico contribuye al desarrollo de habilidades, actitudes y aptitudes para la labor creadora y para la adquisición de conocimientos necesarios para todo egresado

universitario, sirviendo además para la selección de futuros investigadores y profesores.

También se subraya el papel que han desempeñado las organizaciones estudiantiles en el desarrollo exitoso del trabajo científico estudiantil y en su divulgación a través de su publicación periódica.

REFERENCIAS

- (1) Bestúzhev-Lada, I. y R. Fesenko. Los problemas de la previsión científico-técnica. En: *El futuro de la sociedad*. Moscú, Editorial Progreso, 1973, pág. 367.
- (2) Stoletov, V. N. La revolución científico-técnica y la enseñanza superior. DE'71. *Revista UIE*, No. 4:24-38, 1971.
- (3) Laguna, J. Las ciencias biomédicas. Trabajo presentado a la Reunión Nacional de Ciencias y Tecnología para el Desarrollo Económico y Social de México. México, 1967.
- (4) Amador, M. La investigación en salud en los centros de educación superior. En: *Algunas consideraciones sobre la política científica: bases conceptuales y organizativas de la investigación en salud en Cuba*. MINSAP, 1978.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Medical Research: priorities and responsibilities. Proceedings of a Round Table Conference organized by CIOMS (Ginebra, octubre de 1969). Ginebra, 1970.
- (6) Ministerio de Educación, República Socialista de Checoslovaquia. Vinculación de la ciencia con la enseñanza. Trabajo presentado a la IX Conferencia de Ministros de Educación Superior de los Países Socialistas. Documento CP.003-E, La Habana, 1974.
- (7) Ministerio de Educación, Cuba. Experiencia y problemática de la unidad de la enseñanza y las investigaciones científicas. *Ibid.* Documento CP.003-c, La Habana, 1974.
- (8) Ministerio de Educación, Cuba. La organización científica de la investigación en las universidades y centros de educación superior de Cuba y la realización de la unidad de la enseñanza e investigación. *Ibid.* Documento CP-003-c - (Anexo), La Habana, 1974.
- (9) Amador, M., J. E. Fernández-Britto, J. Castro, y H. González. La actividad científica estudiantil y su vinculación con el trabajo y la docencia. *Rev Cub Adm Salud* 3:335, 1977.
- (10) Turner, L., D. Nieves, J. Fernández-Britto, R. Rodríguez, J. Fornés, M. Sovin, L. Rodés, y P. H. Aguiar. Actividades científicas estudiantiles. Segundo Seminario de Investigación-Desarrollo de la Universidad de La Habana, 1975, págs. 1-16.
- (11) Amador, M. Formación de recursos humanos para la investigación. *Rev Cub Adm Salud* 5:33, 1979.
- (12) Roche, J. The role of the University and of the research institute in the scientific teaching of research workers. En: *Teaching of research workers in the medical sciences. Proceeding of a Round Table Conference* (Ginebra, septiembre de 1970). Ginebra, OMS, 1972, págs. 26-31.

(13) Amador, M., J. E. Fernández-Britto, H. González, V. Collazo, D. Cuéllar, M. Cabrera, F. Cruz, P. H. Aguiar, J. Zayas, y A. Vargas. El trabajo científico investigativo en la formación de los profesionales de la salud. Comentario oficial al tema II. IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, La Habana, 1976.

(14) Kourí, G., y L. A. Montero. El papel de la investigación en la formación científica del estudiante. *Educ Sup Contemporánea* 4(28):41, 1979.

(15) Fernández-Britto, J. E. La actividad científica estudiantil en ciencias médicas. Dieciseis años de experiencias. Ponencia en el Consejo Científico del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana, 1983.

(16) Nieves, D. Inclusión de la investigación estudiantil en el curriculum docente. Ponencia presentada en la Comisión de Docencia Investigación de la Universidad de La Habana, 1974.

(17) Rojas, F. Algunas consideraciones sobre la unidad de la investigación científica y la docencia en la educación superior. Universidad de La Habana, 1983.

(18) Vázquez, F. y M. Hernández. Algunos aspectos sobre la organización de la enseñanza superior en la URSS. Universidad de La Habana, CICT, La Habana, 1976.

(19) Kamphauzen, H. El estudio investigativo: importante forma de capacitación de los jóvenes cuadros científicos. *Educ Sup Contemporánea* 2(34):31, 1981.

THE SCIENTIFIC WORK OF STUDENTS: ITS CONTRIBUTION TO THE TRAINING OF HEALTH PROFESSIONALS (Summary)

This article describes the results of 16 years of experience in the scientific development of students of the medical sciences in Cuba, particularly those of the old Faculty of Medicine of Havana University, today the Superior Institute of Medical Sciences.

It describes the different intra- and extracurricular forms that this activity can take, with emphasis on the favorable experience built up in the so-called Scientific Working Groups associated with the research projects of faculty members.

The article highlights the educational effect of this practice and the need to make it a required and evaluated activity on the curriculum and at the same time that it be given moral and material encouragement. In view of the demands imposed by the scientific and technical revolution, it is felt that scientific work contributes to the development of abilities, attitudes and aptitudes for creative work and for the acquisition of knowledge needed by every university graduate, and is also useful in the selection of future researchers and teachers.

The article also underscores the part played by student organizations in the successful conduct of scientific work by students and in its disclosure through their periodical.

O TRABALHO CIENTÍFICO DOS ESTUDANTES: SEU PAPEL NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE (*Resumo*)

Nesse artigo expõem-se os resultados de 16 anos de experiência no desenvolvimento científico dos estudantes de ciências médicas em Cuba, particularmente da antiga Faculdade de Medicina da Universidade de Havana, hoje Instituto Superior de Ciências Médicas.

Expõem-se as diversas formas intra e extracurriculares que essa atividade pode adotar, enfatizando-se a experiência positiva acumulada nos chamados Grupos de Trabalho Científico, vinculados aos projetos de pesquisa dos professores.

Destaca-se o caráter formativo que possui essa prática e a necessidade de que faça parte do currículo como atividade obrigatória e avaliada, e que por sua vez seja estimulada moral e materialmente. Dadas as exigências da revolução científico-técnica, considera-se que o trabalho científico contribui para o desenvolvimento de habilidades, atitudes e aptidões para o trabalho criador e a aquisição de conhecimentos necessários aos que concluíram a universidade, servindo também para a seleção de futuros pesquisadores e professores.

Também se destaca o papel que desempenharam as organizações estudantis no desenvolvimento bem sucedido do trabalho científico estudantil e em sua divulgação através de sua publicação periódica.

LE TRAVAIL SCIENTIFIQUE DES ÉTUDIANTS: SON RÔLE DANS LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ (*Résumé*)

Cet article expose les résultats de seize années d'expérience de la formation scientifique des étudiants en sciences de la médecine à Cuba, en particulier de l'ancienne faculté de médecine de l'Université de la Havane, devenue aujourd'hui Institut supérieur des sciences de la santé.

Il expose les différentes formes intra et extra-curriculaires que peut revêtir cette activité, en soulignant l'expérience positive accumulée dans le cadre des groupes de travail scientifiques liés aux projets de recherche des professeurs.

Il fait ressortir le caractère formateur que possède cette pratique et la nécessité qu'elle fasse partie du programme en tant qu'activité obligatoire et évaluée et qu'elle soit elle-même stimulée moralement et matériellement. Étant donné les exigences de la révolution científico-technique, cet article estime que le travail scientifique contribue au développement des compétences, des attitudes et des aptitudes à une oeuvre créatrice et à l'acquisition des connaissances nécessaires pour tout étudiant sortant de l'université, et qu'il permet en outre de choisir les chercheurs et professeurs de demain.

Cet article souligne également le rôle qu'ont joué les organisations étudiantes dans la réussite des travaux scientifiques étudiants et dans leur diffusion par le biais de leur publication périodique.

Perfil profesional del médico

E. SCHIAPPACASSE,¹ L. RAMIREZ,² F. RETAMAL,³ H. PEREZ⁴ Y P. IBAÑEZ²

INTRODUCCION

Una de las funciones principales de una facultad o escuela de medicina es la formación de profesionales médicos. Estos profesionales se forman por medio de un plan de estudios, proceso que comprende todas las actividades de enseñanza-aprendizaje en las áreas cognoscitivas, psicomotoras y afectivas desarrolladas a lo largo de la carrera de medicina. Obviamente, un plan de estudios a nivel universitario debe ser determinado por un conjunto de planteamientos generales, de diferente naturaleza, que guarden relación con las características más significativas de una profesión o de un título o grado determinado que se pretende obtener.

Las facultades o escuelas de medicina tradicionalmente han tenido planteamientos a menudo tácitos y muy poco explícitos acerca del "buen médico" que deben formar, en un contexto genérico, universal. En Chile ha existido una mayor preocupación por adecuar la formación médica a las necesidades de la comunidad, a las modalidades de salud vigentes y a los planes de desarrollo nacional. Corroboran estas afirmaciones la realización de varios seminarios de formación profesional médica en 1960, 1962, 1969 y 1977, con participación de las Facultades de Medicina, del Ministerio de Salud y del Colegio Médico de Chile.

Esta preocupación ha cristalizado, en forma reiterada, en la afirmación sistemática de que se debe formar un profesional capacitado para ejercer la medicina general y otorgar atención primaria en cualquier lugar del país en que sus servicios sean requeridos (1).

No obstante esta sistemática inquietud, las valiosas conclusiones a las que se ha llegado son de carácter muy general y muy difíciles de hacerlas operativas. Ha habido algunos intentos en los últimos 20 años por tratar de precisar las características más relevantes que debe reunir la profesión de médico, o que debe tener un egresado de una facultad o escuela de medicina.

Price *et al.* (2) en 1971 desarrollaron una investigación para conocer las

¹Profesor de Medicina y Director de la Oficina de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

²Profesores miembros de la Oficina de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

³Profesora de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

⁴Profesor de Bioestadística, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

principales características del médico superior; participaron en ella académicos, médicos tratantes, enfermeras, pacientes y público, generando una lista general de 116 rasgos: 87 rasgos positivos y 29 rasgos que no debería poseer un médico calificado.

Munster en 1975 (3) asignó a un grupo de pacientes a que evaluaran características de un grupo de estudiantes con responsabilidades clínicas. Hiatt (4), tratando de descubrir orientaciones en un perfil profesional, sostiene que los grandes lineamientos de un perfil serían: óptimo cuidado médico del paciente; discernimiento crítico en el campo científico y responsabilidad frente a la sociedad. Barondess (5), enfoca el perfil profesional en áreas tales como: medicina con base científica; competencia clínica profunda; empatía y compromiso con los pacientes; estudios interdisciplinarios y compromiso con un medio social cambiante.

Estos intentos se orientaron ya a lo estrictamente profesional; ya a lo académico de preferencia, o a lo profesional y académico, como un todo. Es decir, se ha tenido muy en cuenta lo que exige la vida profesional como tal, como asimismo lo que el proceso educacional de nivel superior es capaz de brindar a una persona que tendrá necesariamente que contar con las herramientas que le permitan una autoformación sostenida para toda su vida.

Así es como han surgido los *perfiles profesionales*. El concepto de perfil profesional está inserto en un concepto aún más amplio: el de *profesiograma*. El profesiograma es un conjunto de objetivos que describen, definen, organizan y determinan una actividad en todas aquellas exigencias y requisitos que son necesarios para ejercerlas y desarrollarla. Este profesiograma describe áreas de actividad compleja que significa ejercer una determinada profesión, al mismo tiempo que llenar los requisitos básicos para su desarrollo (6). Un profesiograma consta de varias partes: estudio descriptivo de la carrera, trabajo a realizar, exigencias profesionales. Las exigencias profesionales constituyen el perfil. Así, el perfil profesional es el conjunto de elementos o rasgos desarrollables que caracteriza a la persona en su integración individual y en su actividad funcional (6). El perfil profesional viene a ser el entorno lógico de una profesión determinada y el molde más racional para la estructuración de un currículo.

En Chile, en los últimos años, se ha venido insistiendo en la urgente necesidad de que existan perfiles profesionales en las diferentes carreras universitarias. En un seminario organizado por el Consejo de Rectores de Universidades Chilenas y realizado en Valdivia en enero de 1983 se analizó en extenso el concepto y la manera de obtener los perfiles profesionales. Se llegó a la conclusión (7) de que los componentes de un perfil provienen de tres áreas:

- La orientación humano-profesional (ser).
- La formación intelectual (saber).
- El desempeño operativo idóneo (saber hacer).

Se dijo también que las fuentes de información para la elaboración de ese perfil son:

- Fuente teórica (opinión de especialistas; necesidades de la comunidad; filosofía de la institución; otros programas y perfiles).
- Experiencia personal de egresados (vivencial).
- Empleador (opinión de los empleadores).
- Estudio y análisis del quehacer profesional pertinente.

Se tuvo en cuenta que un currículo debe contar con las siguientes condiciones para que sea adecuado: planificación racional, con fijación de objetivos educacionales; diseño de experiencias de aprendizaje, en relación a los objetivos formuladores; utilización racional de los diferentes recursos de aprendizaje; evaluaciones formativas y sumativas apropiadas; aplicación suficiente de material didáctico de todo tipo, para asegurar un aprendizaje óptimo de parte de los estudiantes; concepción del profesor como el responsable de planificar, producir, administrar y evaluar las situaciones educativas; orientación psicopedagógica del alumno y en especial, contar con un adecuado perfil profesional (8).

La Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción—en un Seminario Interno de Educación Médica realizado en 1974—analizó en extenso el concepto de perfil profesional y se llegó a establecer algunas características esenciales que debería poseer un médico. Pero a pesar del esfuerzo realizado, ese intento inicial resultó solamente como una leve toma de conciencia de la importancia que estas tenían en el desarrollo de un Plan de Estudios Médicos.

Posteriormente, a raíz del Seminario de Actualización Curricular de la Facultad que tuvo lugar en 1981, se nos hizo evidente (9) que sin un adecuado perfil profesional el currículo resulta ser solo un ordenamiento empírico, tradicional, poco racional, y, principalmente, poco útil para las finalidades que se pretenden alcanzar con él. Esto motivó el desarrollo de la investigación científica a que se refiere el presente trabajo, que intenta lograr un tipo de perfil profesional para nuestros futuros egresados, sabedores que un perfil adecuado redundará en un perfeccionamiento significativo del Plan de Estudios de la Carrera de Medicina y, por consiguiente, en una mejor calidad de nuestros egresados.

MATERIAL Y METODO

Una vez obtenida la autorización del Decano y del Vicedecano de la Facultad de Medicina, para tratar de diseñar un tipo de perfil profesional

médico de nuestros futuros egresados, el equipo de profesionales que constituyen la Oficina de Educación Médica de la Facultad de Medicina más otros dos profesionales de otros Departamentos de la Facultad procedieron al diseño de la investigación. Ya habíamos analizado los siguientes pasos del diseño: selección del tema; la problematización del tema a investigar y los objetivos de la investigación.

Como lo señalamos en la introducción, nos ocupamos primeramente de las definiciones conceptuales y operativas del tema a investigar, profesiogramas, perfiles, etc. Antes de entrar a las etapas siguientes de la investigación—población y muestra; instrumento recolector de datos, y plan de análisis de los datos—buscamos la asesoría de dos profesores de la Universidad de Concepción que son expertos reconocidos en el campo de la investigación educacional. De acuerdo con lo aceptado en la actualidad como posibles fuentes de obtención del perfil profesional, se estimó que para los efectos de generar un perfil médico las fuentes podrían ser: los propios médicos en su ejercicio profesional; otros profesionales paramédicos; los servicios de salud; los diferentes usuarios; los centros formadores de médicos.

Se hizo notar que la obtención del perfil profesional médico es un proceso, y que se pueden lograr diferentes tipos de perfiles según las fuentes que se escojan; se puede trabajar con fuentes individuales o con una combinación de fuentes. Después de revisar la problemática del perfil a investigar, decidimos que la fuente de nuestro perfil sería una fuente única y de carácter local, un centro formador de profesionales médicos: la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

Seguidamente pasaremos a describir brevemente las diferentes etapas metodológicas seguidas en esta investigación.

1. Por intermedio de una carta explicativa se solicitó a 30 docentes de la Facultad (médicos, enfermeras y matronas), designados por los autores de la investigación en razón de su experiencia académica e idoneidad profesional y docente, que expresaran, sin referencia alguna, todas las características que a juicio de ellos, debería poseer un médico competente.

2. Se revisaron las respuestas recibidas, escribiéndose cada característica o rasgo enumerado en una tarjeta individual: posteriormente las tarjetas se clasificaron en categorías. Del total de respuestas se estimó que se podían identificar 68 rasgos diferentes los cuales se podían clasificar así:

- Cualidades personales del médico (21 rasgos).
- Liderazgo y condiciones administrativas (6 rasgos).
- Condiciones ético-morales (15 rasgos).
- Condiciones de perfeccionamiento profesional (3 rasgos).
- Condiciones de competencia profesional (7 rasgos).
- Condiciones de cultura humanística (2 rasgos).
- Condiciones de relaciones interpersonales (5 rasgos).

- Condiciones referentes a investigación científica (2 rasgos).
- Condiciones de salud personal (1 rasgo).
- Condiciones sociales (2 rasgos).
- Condiciones de presentación personal (3 rasgos).
- Condiciones ambientales del ejercicio profesional (1 rasgo).

3. A partir de las respuestas obtenidas se confeccionó una encuesta con los 68 rasgos obtenidos, agrupados en las 12 categorías anteriores. Frente a cada rasgo se ofreció una escala de 1 a 5, debiendo marcar la persona encuestada el grado en que el rasgo debería estar presente. Si el rasgo era esencial, en las características ideales del médico, debía asignársele un 5; si el rasgo era débil debía asignársele un 2, y si el rasgo no debía estar presente debía asignársele un 1. Esta encuesta se sometió a la consideración de otros 30 docentes de la Facultad, diferentes de los anteriores.

4. Se revisaron las respuestas recibidas y se eliminaron aquellos rasgos en que un 25% o más de los encuestados les asignó una puntuación de 1 ó 2. Además se tuvieron en cuenta otros tipos de opinión que se manifestaron en la encuesta, y que se consignaron como nuevos rasgos a considerar. De los 68 rasgos originales se eliminaron 10, por las razones dadas anteriormente. Además se registraron 8 nuevos rasgos, quedando un total de 66 rasgos.

5. Se confeccionó una nueva encuesta en base a los 66 rasgos delimitados previamente. Frente a cada rasgo se ofreció la alternativa de sí o no; si el rasgo merecía mantenerse se debía marcar sí y si debía eliminarse se debía marcar no. Las 12 categorías previas fueron reducidas a 6, y el enunciado de cada categoría obtuvo una redacción más definida y explícita. Esta encuesta se sometió a 15 docentes de la Facultad. Por razones de la metodología de la investigación, esta encuesta, en parte, fue contestada por docentes que se habían encuestado previamente, y en parte por nuevos docentes.

6. Se revisaron las respuestas recibidas y se eliminaron aquellos rasgos en que un 25% o más de los encuestados se pronunció por un no. De los 66 rasgos de la encuesta, se eliminaron 15, por las razones dadas anteriormente, quedando la encuesta final y definitiva con 51 rasgos, agrupados en 6 categorías. Esta encuesta final se aplicó a 167 docentes médicos de la Facultad, que constituyen el universo del cuerpo médico docente de la Facultad.

RESULTADOS

Los resultados definitivos de todos los diferentes rasgos que debería poseer un médico según encuestas aplicadas a los docentes de la Facultad

de Medicina de la Universidad de Concepción, se clasifican en los 5 rubros siguientes:

- a) Rasgos en relación con las cualidades personales del médico.
- b) Rasgos en relación con la ética profesional del médico.
- c) Rasgos en relación con la competencia profesional del médico.
- d) Rasgos en relación con el perfeccionamiento profesional del médico.
- e) Rasgos en relación con las condiciones de tipo administrativo del médico.

Las encuestas fueron contestadas por 123 docentes médicos de la Facultad, lo que constituye un 73% del total del cuerpo médico docente de la Facultad.

De estos 123 docentes son:

Profesores Eméritos: 2
Profesores: 6
Profesores Asociados y Adjuntos: 62
Profesores Asistentes: 19
Profesores Auxiliares: 21
Instructores: 13

La distribución de los docentes por especialidades médicas es la siguiente:

Medicina Interna: 29
Pediatría: 20
Cirugía: 17
Obstetricia: 13
Cirugía Infantil y Ortopedia: 8
Neurología: 6
Anestesiología: 5
Otorrinolaringología: 5
Psiquiatría: 4
Oftalmología: 4
Dermatología: 2
Urología: 2
Traumatología: 2
Salud Pública: 2
Neurocirugía: 2
Patología: 1
Oncología: 1

Los rasgos señalados en relación con las *cualidades personales* que debería poseer un médico según la encuesta son:

| <i>Rasgo</i> | % |
|-------------------------|------|
| El criterio | 100 |
| La autocrítica | 100 |
| La responsabilidad | 100 |
| La respetuosidad | 100 |
| La justicia | 99,2 |
| La cortesía | 98,4 |
| La seguridad | 97,6 |
| El dinamismo | 97,6 |
| El optimismo | 97,6 |
| La sensibilidad | 97,6 |
| La serenidad | 97,6 |
| La tolerancia | 97,6 |
| La generosidad | 96,8 |
| La creatividad | 96,8 |
| La vocación profesional | 96,1 |
| La modestia | 93,7 |

Los rasgos señalados en relación con las *condiciones de ética profesional* son:

| <i>Rasgo</i> | % |
|--|------|
| Respeto absoluto por los pacientes | 100 |
| Honradez en el trato profesional con los pacientes | 100 |
| Atención igualitaria a todo paciente sin discriminación alguna | 100 |
| Referir oportunamente los pacientes a otros colegas | 100 |
| No realizar tratamientos innecesarios | 100 |
| Tener conciencia de sus limitaciones | 100 |
| Solicitar opiniones de otros colegas | 99,2 |
| Guardar el secreto profesional | 99,2 |
| Saber escuchar a los pacientes | 99,2 |
| Cobrar honorarios justos | 99,2 |
| Prudencia en la emisión de juicios clínicos | 99,2 |
| Brindar confianza a los pacientes por medio del lenguaje, el trato y los modales | 99,2 |
| No desprestigiar a otros colegas | 98,4 |
| Higiene en la atención de los pacientes | 98,4 |
| Poseer buena presentación personal, limpieza y armonía | 97,6 |

Los rasgos señalados en relación con las *condiciones de competencia profesional* son:

| <i>Rasgo</i> | <i>%</i> |
|--|----------|
| Capacitación para una buena relación médico-paciente | 99,2 |
| Poseer una sólida formación científica y técnica | 99,2 |
| Poseer criterio clínico | 99,2 |
| Poseer espíritu de observación | 99,2 |
| Poseer criterio para solicitar exámenes paraclínicos y procedimientos diagnósticos | 98,4 |
| Poseer adecuado criterio terapéutico | 98,4 |
| Capacitación para el apoyo emocional de sus pacientes | 98,4 |
| Poseer actitudes positivas hacia la investigación científica | 96,8 |
| Poseer criterio social en el enfoque de los problemas médicos | 96,8 |
| Poseer destreza manual e instrumental en su campo profesional | 95,3 |

Los rasgos señalados en relación con las *condiciones de perfeccionamiento profesional* son:

| <i>Rasgo</i> | <i>%</i> |
|--|----------|
| Poseer hábitos de estudio | 100 |
| Poseer conciencia de la necesidad de autoformación | 99,2 |
| Desarrollar un proceso de educación continua | 99,2 |
| Conocer más de un idioma | 96,1 |

Los rasgos en relación con las *condiciones de tipo administrativo* son:

| <i>Rasgo</i> | <i>%</i> |
|--|----------|
| Actitudes positivas hacia el trabajo en equipo | 99,2 |
| Poseer relaciones adecuadas con el equipo de salud | 98,4 |
| Planificar acciones | 98,4 |
| Habilidad para la delegación de funciones | 94,5 |
| Poseer capacidad de mando | 93,7 |

DISCUSION

Existen en la actualidad variadas aseveraciones acerca de una definición de lo que sería un médico competente, en su acepción más completa. Podríamos decir que todas ellas tienen en común los siguientes hechos: base científica sólida, competencia técnico-profesional, condiciones personales calificadas, conocimiento de su medio social, proceso sostenido de educación continua.

Ciertos autores ingleses han resumido lo que significa un médico competente: un médico técnicamente eficiente y socialmente útil (8). En el Seminario sobre Evaluación de la Docencia Universitaria Chilena, realizado en la Universidad Austral de Chile en enero de 1983 (7), se señaló que un médico competente debería caracterizarse por: eficiencia técnica, utilidad social, capacidad de detectar y resolver problemas y adaptación al avance científico-técnico de su profesión y de su medio. También se hizo hincapié en que la competencia profesional debía lograrse en tres grandes áreas: orientación humano-profesional (ser); formación intelectual (saber); desempeño operativo idóneo (saber hacer).

A pesar de estas definiciones o postulados básicos, no se tiene aún un perfil del médico, sino solo amplias directrices que hay que desglosar, delimitar y operacionalizar.

Al analizar diferentes experiencias para la obtención de perfiles (2,3,4 y 5) veremos que todas ellas se enmarcan en los postulados citados anteriormente. Todos los perfiles profesionales constan de una cantidad variable de rasgos. Estos rasgos son tipos diferentes de necesidades muy apreciadas por la sociedad, ya sea de parte del profesional que ejerce la profesión, de los usuarios de los servicios de estos profesionales, o necesidades sentidas por los encargados de formar a estos profesionales. De esta lista de necesidades expresadas en rasgos se derivarán los diferentes tipos de objetivos: generales, específicos, operacionales. A su vez, de estos diferentes objetivos se derivarán las correspondientes actividades o experiencias educacionales que tendrán como finalidad hacer posible el logro de dichos objetivos. Por último, se deberá averiguar si los estudiantes han conseguido alcanzar los objetivos deseados, o sea, estaremos en presencia del proceso de evaluación de los aprendizajes.

Este muy breve análisis nos demuestra que partiendo de un determinado perfil profesional es posible organizar todo el proceso de formación profesional y evaluación curricular y que, por consiguiente, el desarrollo y la revisión de un perfil es una responsabilidad institucional.

Todos nuestros rasgos alcanzan una elevada representatividad (93,7 al 100%), y son refrendados por el 73% del total de docentes de la Facultad. No existen diferencias en la apreciación de los docentes, ya sea en relación con el grado académico; con los años de función docente, ni según la especialidad médica correspondiente. Estos hechos, a nuestro juicio, confie-

ren a los resultados de este perfil un valor de sólido fundamento científico, y constituyen un pilar en materia de perfil médico que deberá tenerse presente al analizar perfiles profesionales desde el punto de vista de instituciones formadoras de profesionales.

No existen tampoco diferencias significativas en relación con los porcentajes de los diferentes rasgos agrupados en las cinco categorías. Este hecho viene a confirmar que existe una relación muy armónica en el quehacer del médico entre su orientación humano-profesional (el ser), su formación intelectual (el saber), y su desempeño operativo idóneo (el saber hacer). Además, esta singular armonía está de acuerdo con aquella definición de perfil que dice que el perfil está dado por las competencias cuya posesión habilita a una persona para desempeñar con responsabilidad y eficiencia las tareas propias de un quehacer profesional (10).

También nuestros resultados tan armónicos en categorías tales como: cualidades personales del médico, ética profesional, competencia profesional, perfeccionamiento profesional y condiciones administrativas, nos hacen meditar profundamente en las orientaciones, contenidos, metodología y evaluaciones de nuestros planes de estudio, ya que como muy bien lo expresa Valenzuela (10), la operatividad real de los perfiles está en la orientación del plan y de los programas de formación, para luego servir de elemento de juicio a lo largo de su ejecución y sobre todo de su evaluación.

Creemos que nuestro Perfil nos ha entregado una serie de rasgos, muy completos, que definen la personalidad, habilidades, destrezas, nivel educacional de pre y posgrado, condiciones de liderazgo que son inherentes al desempeño profesional del médico y que producen una síntesis muy completa entre las características de la persona del futuro médico y las características esenciales de la profesión médica (10).

RESUMEN

En este artículo se presenta un estudio tendiente a desarrollar el perfil profesional del médico según los criterios del cuerpo docente médico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Chile.

Se expone la metodología seguida en esta investigación, así como los resultados obtenidos agrupados en cinco categorías de rubros: los relacionados con las cualidades personales del médico, con la ética profesional, con la competencia profesional, con el perfeccionamiento profesional, y con las condiciones de tipo administrativo en que se desenvuelve el médico.

En el trabajo se destaca que la determinación del perfil profesional es la base más racional para la organización de todo el proceso de formación profesional y de la evaluación del currículo y que, por consiguiente, toda institución formadora de profesionales debe desarrollar y readecuar en

forma continua los perfiles profesionales de las respectivas carreras universitarias que imparte.

REFERENCIAS

- (1) Neghme, A. Evolución de la enseñanza médica en Chile desde la inauguración de la Escuela de Medicina hasta junio de 1968. *Rev Méd Chile* 109:825-843, 1981.
- (2) Price, P., E. Lewis, G. Loughmiller, D. Nelson, S. Murray y C. Taylor. Attributes of a good practicing physician *J Med Educ* 46:229-237, 1971.
- (3) Munster, A. Comparison of faculty and patient opinions of performance by junior medical students. *J Med Educ* 50:1129-1130, 1975.
- (4) Hiatt, H. The responsibilities of the physician as a member of society: the invisible line. *J Med Educ* 51:30-38, 1976.
- (5) Barondess, J. The future physician: realistic expectations and curricular needs. *J Med Educ* 56:381-389, 1981.
- (6) Moya, L. Profesiograma para el curriculum. Documento inédito, 1974.
- (7) II Taller Académico sobre Evaluación de la Docencia Universitaria Chilena como Formadora de Profesionales. Consejo de Rectores de Universidades Chilenas. Informe Oficial, 15, 1983.
- (8) Schiappacasse, E. y L. Ramírez. Descripción de un programa de capacitación en tecnología educacional en salud. *Rev Méd Chile* 107:648, 1979.
- (9) Ramírez, L. y E. Schiappacasse. Seminario de Actualización Curricular, 1981.
- (10) Valenzuela, A. El uso de perfiles en la formación de profesores. Documento del Cuarto Encuentro Nacional de Especialistas Universitarios, enero de 1983.

PROFESSIONAL PROFILE OF THE PHYSICIAN (Summary)

This article presents a study done to develop a professional profile of the physician based on the criteria of the medical faculty of the School of Medicine of Concepción University, Chile.

It describes the methodology applied in the study and the results obtained organized under five heads: the personal qualities of the physician, professional ethics, professional competence, professional improvement, and the administrative aspects of the physician's work.

The article stresses that constructing a professional profile is the most efficient way to organize the entire process of professional training and curriculum evaluation and that, therefore, every university should devise and continually revise the profiles of the professions in which it offers training.

PERFIL PROFISSIONAL DO MÉDICO (*Resumo*)

Esse artigo apresenta um estudo desenvolvendo o perfil profissional do médico segundo os critérios do corpo docente médico da Faculdade de Medicina da Universidade de Concepción, Chile.

Expõe a metodologia seguida nessa pesquisa, bem como os resultados obtidos agrupados em cinco categorias: os relacionados com as qualidades pessoais do médico, com a ética profissional, com a competência profissional, com o aperfeiçoamento profissional e com as condições administrativas em que se desenvolve o médico.

O trabalho destaca que a determinação do perfil profissional é a base mais racional para a organização de todo o processo de formação profissional e avaliação do currículo e que, por conseguinte, toda instituição formadora de profissionais deve desenvolver e readequar continuamente os perfis profissionais dos respectivos cursos universitários.

LE PROFIL PROFESSIONNEL DU MÉDECIN (*Résumé*)

Cet article présente une étude visant à mettre au point le profil professionnel du médecin fondé sur les critères de la faculté de médecine de l'Ecole de médecine de l'Université Concepción au Chili.

Il décrit les méthodes appliquées à l'étude et les résultats regroupés en cinq rubriques: les qualités personnelles du médecin, l'éthique professionnelle, la compétence professionnelle, l'amélioration professionnelle et les aspects administratifs du travail de médecin.

L'article souligne que l'élaboration d'un profil professionnel est la manière la plus efficace d'organiser l'ensemble du processus de formation et d'évaluation des programmes d'enseignement. Chaque université devrait donc élaborer et réviser continuellement les profils des professions pour lesquelles elle offre une formation.

Cambio de actitud de los trabajadores de salud: función de las escuelas de salud pública¹

ALFONSO MEJÍA²

INTRODUCCION

El título de este trabajo permite suponer—con mucha razón—que ciertas actitudes de algunos funcionarios de los distintos niveles del sector salud y de otros afines pueden llevar a un patrón de conducta que obstruye, o al menos impide fomentar, el logro de la meta de salud para todos en el año 2000. En esta presentación me propongo identificar ante todo a las poblaciones que serían objeto de los cambios de conducta. A continuación trataré de subrayar y describir varios sectores de interés importantes, respecto de los cuales es preciso cambiar la actitud y la conducta y, en forma paralela, trataré de puntualizar las posibles funciones de las escuelas de salud pública en el fomento de las actitudes y los patrones de comportamiento que se exigirán a los profesionales de salud.

POBLACIONES OBJETO DEL CAMBIO

Puesto que la salud y la atención de salud constituyen preocupaciones de *todos*, se puede afirmar que *todas las personas* deberían tener actitudes y formas de comportamiento en pro de la salud y la atención de salud. Sin embargo, puesto que no se puede asignar a las facultades de salud pública la responsabilidad de inculcar *directamente* ciertas actitudes y patrones de comportamiento apropiados a la totalidad de las personas, mi preocupación en este caso se refiere a las clases de personas que están o pueden estar en condiciones de *influir* en la actitud o la conducta de otras personas o grupos que dispensan atención de salud. No obstante, ante todo será preciso que esas personas influyentes cambien sus propias actitudes y patrones de comportamiento. Entre ellas cabe citar, por una parte, a los *profesionales de atención de salud en ejercicio*, tales como médicos, enfermeras-parteras, far-

¹Trabajo presentado a la Octava Asamblea General de la Asociación de Escuelas de Salud Pública de la Región de Europa (ASPHER), Lisboa, Portugal, 26-30 de septiembre de 1983. Traducción del original en inglés (AM/1w/26.3.84).

²Médico-Jefe, Sistemas de Recursos Humanos para la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

macéuticos, odontólogos, ingenieros sanitarios, veterinarios, *administradores de salud*, planificadores, científicos, educadores e investigadores así como políticos y autoridades encargadas de la formulación de política. Se incluye además al personal de alto nivel de otros sectores que influye en el desarrollo de la salud, por ejemplo, los sectores que se ocupan de asuntos tales como educación, empleo, agricultura, industria, abastecimiento de agua, saneamiento y vivienda.

La naturaleza misma de estas poblaciones objeto del cambio tiene repercusiones para las escuelas de salud pública. Por una parte, implica la necesidad de que dichas escuelas amplíen sus criterios respecto de los estudiantes que admiten, para tener en cuenta no solo al personal del sistema de salud sino también a ciertos profesionales de otros sectores. Esta ampliación del grupo de estudiantes admitidos a las escuelas de salud pública constituirá un paso esencial para garantizar la clase de colaboración intersectorial que exige el logro de la meta de salud para todos en el año 2000 basada en la atención primaria. Para las escuelas de salud pública que estén en condiciones de aceptar esta idea y responder a la misma habrá otras repercusiones también, particularmente en lo que se refiere a la conformación del cuerpo docente, a la naturaleza del proceso de enseñanza-aprendizaje y al contenido de los programas de estudio. Trataré ahora de puntualizar los principales sectores de interés en los que se debe hacer todo lo posible por cambiar las actitudes y la forma de comportamiento de las poblaciones objeto del cambio.

SECTORES DE INTERES

La lista siguiente comprende los sectores de interés más importantes.

1. Significado de salud.
2. Significado de atención de salud y desarrollo sanitario.
3. Alcance de la formulación de políticas.
4. Colaboración intersectorial y multidisciplinaria.
5. Participación de la comunidad y autocuidado.
6. Reducción de los costos de la atención médica.
7. Organización y funcionamiento del sistema de salud.
8. Capacitación en administración de salud.
9. Desarrollo de recursos humanos para la salud.

Hay bastante superimposición en esos sectores. A continuación me referiré a cada uno de ellos.

Significado de salud

Antes de que los profesionales de salud puedan cambiar sus actitudes y formas de comportamiento en otros campos de interés, es preciso que entiendan, acepten y estén preparados para trabajar dentro del contexto del significado real de los términos "salud" y "enfermedad". Todos nosotros estamos familiarizados con la forma como la OMS ha definido la salud: "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Sin embargo, ¿cuántos de nosotros nos adherimos a esta definición al elaborar y ejecutar programas? Además, ¿hasta qué punto otras personas del sector de salud y otros de sectores conexos entienden, aceptan y trabajan dentro del contexto de esa definición? En términos más específicos, ¿hasta qué punto se siguen descuidando los aspectos mentales y sociales del bienestar?

Cabe subrayar que la definición de salud de la OMS es tan antigua como la institución misma y constituye uno de los principios básicos de la formulación de su propia Constitución. Por muchos años ha habido gran oposición a esta definición, alegándose que es demasiado amplia y abstracta. Solo en los últimos años han comenzado a cambiar lentamente las actitudes existentes al respecto, en términos prácticos. Para agilizar el cambio será preciso que las escuelas de salud pública evalúen sus propias actitudes y su comportamiento, tal como estos se reflejan en el cuerpo docente, los planes de estudio, la infraestructura, las experiencias prácticas de aprendizaje y las investigaciones.

Los patrones de enfermedad varían a través de los años y de un país a otro. En los países industrializados, el cambio se realiza en dirección de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas incurables, accidentes y enfermedades degenerativas así como de un aumento espectacular de las enfermedades mentales y condiciones sociales que son el resultado o conducen a enfermedades físicas. En la mayoría de los países industrializados, el estilo de vida, caracterizado por ruido estridente, conducta irresponsable en lo que se refiere al empleo de sustancias contaminantes, transporte a alta velocidad, consumo excesivo de alimentos poco nutritivos, drogas, tabaco y alcohol, elevada tasa de promiscuidad sexual y aislamiento de los miembros de la familia, lleva a confusión mental, alcoholismo, intoxicación, malnutrición, embarazos indeseados seguidos de una elevada tasa de aborto, y soledad crónica, especialmente de los ancianos. A su vez, todo esto puede ser el resultado o la causa de elevadas tasas de mortalidad o, por lo menos, de una vida precaria para muchas personas. Con frecuencia, cualquiera de estas situaciones puede conducir a una muerte prematura. Esta tendencia observada en los países industrializados comienza a manifestarse rápidamente también en el mundo en desarrollo.

Las escuelas de salud pública deben adquirir mayor conciencia de la

evolución epidemiológica y de los cambios en los patrones de la enfermedad física, mental y social y responder a las exigencias de los mismos. Podrían realizar investigaciones que permitan profundizar los conocimientos sobre los precursores de la enfermedad encontrados en factores hereditarios, estilos de vida y en otros hechos y condiciones más impersonales dentro de la comunidad y en el mundo en general, que afectan el bienestar mental, físico y social de las sociedades. Al comprender esos factores se podrán identificar los problemas prioritarios y los grupos expuestos a altos riesgos y demostrar la forma de intervención más conveniente por parte de los sistemas nacionales de salud y otros sistemas afines. Dicha comprensión ayudará además a las escuelas de salud pública a determinar la forma de facilitar la intervención y a formular y poner en práctica medidas apropiadas en ese sentido.

Con el fin de ampliar la capacidad de los países para determinar los cambios en el patrón epidemiológico y puntualizar los factores asociados, las escuelas de salud pública deberán examinar las posibilidades existentes para el establecimiento de mecanismos de vigilancia del medio ambiente y sus efectos sobre la salud. Esos mecanismos deberán permitir el acopio, el análisis y la difusión de datos válidos y pertinentes para elaborar planes y programas de desarrollo de salud.

Significado de atención de salud y desarrollo sanitario

Otro asunto respecto del cual es preciso cambiar las actitudes y la conducta es la prestación de atención de salud y el desarrollo sanitario. El concepto de salud para todos basada en la atención primaria implica que los recursos humanos pertinentes para el desarrollo de la salud comprometen a toda la población, dentro de las comunidades locales y nacionales y que el desarrollo de la salud en cada individuo, familia o comunidad no es solo una *responsabilidad* de cada persona sino que *depende* de la conducta de cada uno, como individuo, como miembro de una familia y como miembro de una comunidad. Implica además que el desarrollo de la salud depende del desarrollo de otros aspectos de la vida social y económica de un país y es un *instrumento* para el mismo. Esas nociones, a su vez, implican que, si bien los servicios de salud y la atención de salud en el sentido convencional pueden ser prestados a las personas por uno u otro tipo de trabajador de salud, dichos servicios y atención constituyen solo una pequeña parte de la contribución necesaria para garantizar la salud de una persona o de una comunidad. El desarrollo nacional de la salud exige un esfuerzo mayor y cambios fundamentales de conducta por parte de todas las personas, ya sea en el hogar, la escuela, el lugar de trabajo o en cualquier otro lugar de la comunidad. La salud no se puede dar ni comprar. Solo se puede ganar

por medio de un esfuerzo individual y colectivo y de un comportamiento apropiado.

La Declaración de Alma-Ata aclaró que el significado de la salud para todos basada en la atención primaria y la forma como se debe lograr son asuntos que debe decidir cada país. La autorresponsabilidad es un prerrequisito para lograr la salud. Esta noción de pertinencia específica para cada país ha llevado a interpretar en forma diferente el significado y el énfasis del concepto de salud para todos basada en la atención primaria, tanto en los países como en los foros internacionales. Del mismo modo, ha ocasionado debates sobre las funciones y los deberes del personal y su formación y adiestramiento.

Las escuelas de salud pública deberían cerciorarse ante todo de que su propio cuerpo docente entiende el significado de salud, atención de salud y desarrollo nacional de la salud, en su acepción más amplia, tanto en términos generales como respecto de la situación específica de cada país. Además, deben ser suficientemente competentes para hacer comprender ese concepto a sus estudiantes y ayudar a las autoridades nacionales a difundirlo, no solo entre el personal de salud sino también entre la población en general.

Alcance de la formulación de políticas

Cabe preguntar quién debe participar en el establecimiento de políticas, cuál es la naturaleza del proceso, su contenido y producto y por qué son necesarias las políticas explícitas.

Se ha instado a los Estados Miembros de la OMS a que formulen políticas *explícitas* respecto de la salud para todos basada en la atención primaria y a que establezcan estrategias nacionales compatibles con dichas políticas. No obstante, muchos países que han acometido esa tarea han encontrado dificultades por varias razones, entre las cuales se destacan las siguientes:

- complejidad del proceso de establecimiento de políticas;
- comprensión insuficiente del proceso, por causa de la incomprensibilidad del lenguaje empleado para describirlo y de ciertas inconsistencias y contradicciones de la descripción;
- falta de voluntad política para apoyar la empresa y llevarla a término con éxito;
- resistencia al cambio por parte del público en general y de los trabajadores de salud que tienen intereses creados;
- competencia entre varias entidades profesionales, técnicas, sociales y económicas, y
- falta de capacidad para formular un conjunto de políticas explícitas, coherentes y pertinentes para el desarrollo nacional de salud.

Cuando no se dispone de un conjunto de políticas explícitas, coherentes y perti-

nentes a manera de guía, es posible que los esfuerzos desplegados por los países para establecer sistemas de salud orientados hacia la salud para todos en el año 2000 basada en la atención primaria se coordinen mal y que varias entidades e instituciones trabajen en sentido contrario, duplicando esfuerzos o dejando de concentrarse en las necesidades prioritarias. Las políticas explícitas ayudarán a las entidades e instituciones tanto nacionales como extranjeras a determinar la forma como se pueden usar mejor sus recursos técnicos, financieros o políticos para alcanzar la meta.

¿Quién deberá participar en el establecimiento de políticas para el desarrollo de la salud? A medida que un país avanza hacia métodos democráticos basados en una participación más directa de la población en la adopción de decisiones en todos los campos, es de esperar que aumente el número de personas que participan en la adopción de decisiones relativas a la salud, bien como individuos o como colectividades de varios tamaños y composición, cada cual con distintos intereses y objetivos. Aunque es posible que ello complique el proceso decisorio, puede resultar también en políticas más realistas, pertinentes y socialmente aceptables.

Ha sido difícil para los países formular políticas explícitas sobre salud, principalmente porque a menudo las autoridades no conocen a cabalidad los problemas nacionales de atención primaria de salud respectivos. Además, la conducta de la mayoría de los trabajadores de salud refleja una perspectiva bastante estrecha de la salud, la enfermedad y la atención de salud, perspectiva que limita la atención de la salud al cuidado médico personal y solo a nivel individual. Además, la mayoría de los trabajadores de salud desconocen los manejos del proceso de formulación de políticas mientras que otros suelen trivializar su importancia o hacer caso omiso de ellos por completo. En consecuencia, puede decirse que casi no hay ninguna interacción en lo que a la adopción de decisiones respecta entre las personas que formulan la política y quienes la ejecutan, para no decir nada de las personas que son (o deben ser) el objeto de dicha política, es decir, la comunidad.

Además, las altas autoridades a menudo omiten examinar la forma en que las metas y los planes de las distintas dependencias gubernamentales se relacionan entre sí. Cada una de ellas tiende a percibir y resolver los problemas en forma separada y las decisiones suelen proponer soluciones más sintomáticas que etiológicas.

Procede aceptar que el proceso político es complejo si ha de resultar, como debe ser, en políticas realistas, pertinentes y coherentes. La aplicación nacional de este proceso, descrito detalladamente en documentos de la OMS, recientemente publicados, se facilitaría si se estudiara el proceso en las escuelas de salud pública y si posteriormente fueran objeto de aprendizaje práctico. Habría que cerciorarse de que las personas que asisten a esos cursos entiendan el proceso de adopción de decisiones no solo desde el punto de vista conceptual sino en sus aspectos de aplicación práctica. Estos dos asuntos a menudo guardan poca relación entre sí. Convendría cercio-

rarse de que los egresados adquieran suficiente competencia sobre la forma de tratar efectivamente con políticos y autoridades de diferentes niveles y reconocer: a) la importancia de la salud de las personas para el desarrollo socioeconómico nacional; b) la necesidad de establecer políticas explícitas, pertinentes y coherentes para el desarrollo nacional de salud, y c) la necesidad de disponer de apoyo político para la formulación y ejecución de dichas políticas.

La OMS se propone preparar material informativo para políticos y altas autoridades del sector de salud y de otros sectores afines. Las escuelas de salud pública deberían considerar la forma de participar no solo en la preparación de dicho material sino también en promover su utilización por parte de políticos y otras altas autoridades. Una manera de fomentar esa utilización consiste en organizar coloquios o simposios en las escuelas de salud pública a los que se puede invitar a los políticos y a otras altas autoridades.

Colaboración intersectorial y multidisciplinaria

La colaboración intersectorial es esencial para la formulación de políticas pues de otra manera existen pocas posibilidades de llevarlas a la práctica. Lamentablemente, se habla mucho de esto pero se hace poco. Las personas y las instituciones de varios sectores deben dejar de lado sus propios intereses egoístas y la obsesión con su propia territorialidad para coordinar sus esfuerzos con espíritu de sistema. En ese sentido, cabe anotar que, puesto que los diferentes sectores han trabajado siempre independientemente uno de otro, las políticas y metas sociales, incluidas las de salud, no solo han sido multidireccionales sino también incoherentes y competitivas y, en muchos casos, inaplicables y aun incompatibles con las necesidades prioritarias de la sociedad.

La colaboración intersectorial implica colaboración entre especialistas, por ejemplo, en vivienda, nutrición, agricultura, empleo y educación. Es probable que los criterios e intereses existentes a nivel provincial, regional, distrital e institucional varíen mucho y por eso sea necesario reconciliarlos para beneficio de las personas.

Los administradores de salud, en particular, deben afrontar la dificultad de adaptar distintos intereses y criterios, que algunas veces están diametralmente opuestos, y considerar con esmero la relativa importancia que se debe atribuir a los diversos elementos que influyen en la adopción de decisiones—políticos, económicos, sociales, jurídicos, científicos o técnicos.

¿Qué entraña todo esto para las escuelas de salud pública? Su función consiste en cerciorarse de que las personas inscritas reconozcan plenamente la *importancia* y la *naturaleza* de la colaboración intersectorial y multidisciplinaria y reciban la formación necesaria para adquirir la debida competencia

en asuntos tales como coordinación interinstitucional, administración por consenso, establecimiento de redes, resolución de conflictos y otros mecanismos y formas de estimular la colaboración. La competencia en dichos asuntos implicará que los egresados de las escuelas de salud pública podrán tratar eficaz y efectivamente con legisladores, autoridades políticas, dirigentes de entidades nacionales e internacionales de desarrollo, educadores, investigadores, planificadores del desarrollo socioeconómico, administradores de diferentes niveles de sectores de salud como de otros sectores afines y con diversas categorías de personal de salud.

La OMS promueve la creación de mecanismos nacionales de coordinación para alcanzar un enfoque amplio, uniforme e integral en la formulación y aplicación de políticas, planes y programas de desarrollo nacional de salud. Entre esos mecanismos está el "Consejo Nacional de Salud" y la "Red Nacional para el Desarrollo de la Salud". Esos mecanismos se han establecido con el fin de facilitar la aplicación por parte de los países de un criterio intersectorial y multidisciplinario al abordar la salud para todos basada en la atención primaria; facilitar la participación de la comunidad; servir de catalizador en el proceso de desarrollo nacional de salud, y garantizar la redistribución apropiada de los recursos de salud procedentes de varios sectores, entidades e instituciones. En las escuelas de salud pública debería considerarse no solo la posibilidad de suministrar apoyo técnico a los esfuerzos desplegados por el gobierno para establecer mecanismos de coordinación sino la de convertirse con el tiempo en uno de los medios de adiestramiento e investigación de dichos mecanismos (1).

Participación de la comunidad y autocuidado

El término "participación de la comunidad" tiene diversos significados para distintas personas. Se ha acusado a ciertas categorías de profesionales de salud de considerar la noción de participación de la comunidad de tal forma que niega algunos de los principios básicos de la salud para todos basada en la atención primaria. Quienes están acostumbrados al patrón tradicional de servicios de salud basados en los hospitales y centrados en los médicos, se inclinan a interpretar la participación de la comunidad de tal forma que les permita continuar disfrutando los privilegios que este patrón tradicional les reporta. Los profesionales de salud, de ordinario, favorecen la concentración de recursos, poder y autoridad en sus propios campos de trabajo, fomentan la adopción de decisiones centralizadas y solo concuerdan con la noción de descentralización para tratar de manipular a las comunidades e imponer su voluntad respecto de lo que la comunidad debe hacer.

No es fácil lograr la participación de la comunidad, ni puede imponerse solo mediante órdenes o decretos. Las comunidades, que de ordinario tienen sus propias ideas de lo que les conviene, pueden obstruir los planes concebidos por personas ajenas a las mismas. Las comunidades se deben considerar no solo como fuente de recursos, principalmente humanos, sino como entidades que pueden y deben asumir control y ser responsables por las decisiones que afectan su propia salud. Los gobiernos y otras entidades deben apoyar a las comunidades para fomentar la autonomía y autodeterminación en lugar de decidir a nombre de ellas.

El personal de salud suele tener nociones fijas y peculiares de lo que constituye una comunidad. Para la mayoría, una comunidad es igual a una aldea o a pequeñas congregaciones de habitantes rurales. No obstante, una comunidad puede tener muchas configuraciones, según el criterio que se aplique para definir la población en cuestión, en términos de cultura, ideología, geografía, función, religión, raza, sexo, edad, etc. Por ejemplo, un sindicato de trabajadores se puede considerar como una comunidad, lo mismo que un partido político, un grupo femenino, una organización de niñeras o un grupo de adolescentes drogadictos. La noción de comunidad es amplia y flexible y comprende todos los grupos, recursos y formas de organización.

La mayoría de los alumnos graduados de las escuelas de salud pública, como sucede con los egresados de otras escuelas de profesiones de la salud, están muy distantes de las comunidades a las que deben servir. Esas escuelas deben reconocer cada vez más los enormes esfuerzos desplegados en ciertos países para reorganizar los sistemas de salud, de conformidad con los conceptos de salud para todos basada en la atención primaria, incluido el de participación de la comunidad. Los sistemas de salud representan excelentes oportunidades de aprendizaje. A menudo, las escuelas ignoran el hecho de que los servicios de salud y las comunidades a las que deben servir suministran el mejor medio de aprendizaje para las personas que deben entender esos servicios, dotarlos de personal y dirigirlos. El sistema de salud—que abarca desde los hogares de las personas hasta los campos, las fábricas y las escuelas, además de las instituciones de salud establecidas a nivel de la aldea y de los distritos, incluidos los hospitales que prestan servicios básicos—se ha dejado de reconocer como terreno fértil de aprendizaje (2). A lo largo del tiempo, se ha dado preferencia a las aulas de las instituciones docentes, a los hospitales universitarios y a las zonas de demostración bien equipadas y costosas, no representativas de las condiciones existentes en el resto de cada país. La constante búsqueda de la llamada excelencia académica en esos centros de aprendizaje los ha convertido en instituciones demasiado complejas y asépticas para asegurar la pertinencia del aprendizaje. Las comunidades, en general, comienzan a comprender mejor los asuntos que afectan su salud y tienen hoy en día mayor conciencia

de su derecho a la atención de salud. Inevitablemente, esos factores llevan a la comunidad a exigir no solo una atención más eficaz y a participar en las decisiones relativas a su propia salud sino también de asumir plena responsabilidad por las mismas. Igualmente inevitable será la exigencia de una administración más abierta, en la que se les incluya como participantes activos, no como receptores pasivos.

Muchas comunidades ya han demostrado su capacidad para el autocuidado. La situación podría mejorar si se pudiera acabar con el dominio absoluto que tienen los médicos y las enfermeras sobre la aplicación de algunas tareas y procedimientos que podrían ser realizados por auxiliares o por personal con solo formación elemental. Esta discusión, por supuesto, lleva inevitablemente a otra sobre el papel de la educación sanitaria como medio de fomentar la participación de la comunidad para mejorar la propia atención.

Al parecer, los profesionales de salud temen que mediante la educación sanitaria una comunidad mejor informada se encargue algún día de sus apreciados y lucrativos oficios. Ese temor, pese a que es real, es irracional puesto que aparentemente no hay límite para las muchas acciones difíciles y lucrativas que puede emprender el personal profesional de salud. Hacia estas debería orientarse su competencia en el futuro.

En las escuelas de salud pública se podría investigar lo que significa la participación de la comunidad en el desarrollo de la salud. Ello llevará a crear nuevas actitudes y formas de comportamiento de los profesionales de la salud a este respecto.

Reducción de los costos de la atención médica

Esto reviste gran importancia por varias razones. En la mayoría de los países en desarrollo, el producto nacional bruto es demasiado bajo y está mal distribuido entre la población para permitir igual acceso a la atención médica aun en el caso de que esta se considerara la mejor forma de lograr salud en todo el país, aunque muchos años de experiencia indican que ese no es el caso. En el mundo industrializado, por otra parte, el costo de la atención médica ha venido aumentando hasta el punto de estar más allá de los medios de muchas personas y consume la mayor parte de presupuesto asignado a "atención de salud".

Los gastos por concepto de atención de salud, principalmente atención médica, en ciertos países industrializados acusaron un incremento del 12 al 20% anual en el último decenio. Esa cifra ha duplicado y, en algunos casos, triplicado el aumento del costo de vida en esos países. El Japón experimentó un aumento del 154% en los gastos de atención de salud durante el período 1970-1975—o sea, un aumento medio anual del 30%

(3). En los Estados Unidos, el monto gastado en atención de salud aumentó de \$41.700 millones en 1965 a \$286.600 millones en 1981. La mayor proporción de ese costo, es decir, cerca de \$150.000 millones anuales, correspondió a atención hospitalaria, que en los últimos años ha sido el principal factor inflacionario del costo de la atención de salud. En los Estados Unidos el costo medio de hospitalización aumentó casi cinco veces entre 1970 y 1980. Una forma de reducir el costo consistiría en mantener a las personas fuera de los hospitales, ya que en varios estudios se indica que del 40 al 60% del tiempo que pasan los pacientes en los hospitales es innecesario (4).

Puesto que aun en condiciones de prosperidad no se justifica el costo exorbitante de la atención médica, en tiempo de crisis económica es todavía menos racional. Los países tienen que poner en práctica los criterios básicos de salud para todos recomendados en la Conferencia de Alma-Ata. Sin embargo, se están engañando a sí mismos si creen que esos criterios pueden llevarse a la práctica en una situación en la que ya se ha asignado a la atención médica la mayor parte del presupuesto de la atención de salud y no existe control de la atención médica privada. Es preciso balancear los gastos.

Existe el grave problema de que las decisiones políticas se adoptan bajo la influencia de grupos de presión con intereses creados en la atención médica sofisticada y costosa y en complejas investigaciones científicas sobre enfermedades raras y su tratamiento. En último análisis, las decisiones relativas a la atención de salud y la distribución de recursos para la salud guardan una estrecha correlación con la estructura de poder de cada sociedad.

La mayoría de los profesionales de salud en ejercicio desconocen los costos de sus decisiones clínicas. Algunos ni siquiera desean saberlo. Tienen conocimientos especiales y simplemente los aplican independientemente del costo que impliquen. Queda por decidir si ello es una causa o una consecuencia del sistema de salud predominante, esencialmente orientado hacia la atención hospitalaria. ¿Cuántas decisiones clínicas se basan solo en la existencia de los conocimientos necesarios para llevarlas a la práctica? ¿Cuántos problemas clínicos podrían resolverse con tecnologías apropiadas menos costosas?

Las decisiones clínicas de un médico promedio en ejercicio de tiempo completo en el Canadá y los Estados Unidos generan gastos del orden de \$250.000 a \$300.000 anuales. Al multiplicar esa cifra por el número de médicos en ejercicio, las cifras llegan a niveles astronómicos. Hace poco, Abel-Smith estimó que el costo generado por un especialista médico en Gran Bretaña es de cerca de £500.000 anuales (5).

Las escuelas de salud pública tienen una función muy importante que desempeñar en la restricción de los costos. Sin embargo, deben examinar primero hasta qué punto son ellas mismas culpables de enfocar la atención

de salud hacia la atención en el hospital y no en la salud pública en su sentido más amplio, y en la atención secundaria y terciaria en vez de la atención primaria. Cabe subrayar que en un estudio efectuado por el Consejo Ejecutivo de la OMS en 1980 se demostró que las escuelas de salud pública de los Estados Unidos habían ampliado sus departamentos y programas de administración de hospitales, administración de servicios de salud, organización y planificación de atención médica, como complemento o en reemplazo de sus programas tradicionales de administración de salud pública (6). Ese cambio solo puede dar como resultado la concentración en la atención médica dispensada en el hospital.

Organización y funcionamiento del sistema de salud

No existe ninguna guía universal que puedan seguir los sistemas nacionales de salud al ser reorientados hacia la salud para todos. Cada país tiene sus propias características políticas, económicas, sociales, culturales, geográficas y epidemiológicas. No obstante, en los países que traten de establecer un sistema nacional para alcanzar la salud para todos se deberán introducir cambios radicales en las actitudes de las personas en general, del personal de salud y de las altas autoridades en particular, tanto dentro como fuera del sistema. Es preciso cambiar el concepto que se tiene de lo que constituye un sistema de atención de salud orientado hacia la atención primaria. El Consejo Ejecutivo de la OMS, en su estudio sobre capacitación en administración de salud (7) subraya algunas de las características importantes de un buen "sistema de atención de salud":

- es amplio e integral en cuanto a los tipos de atención que suministra;
- sirve a todos;
- tiene como meta la continuidad de la atención para las personas y las familias;
- ocupa un lugar apropiado junto a otros sistemas prioritarios para el desarrollo de la comunidad;
- genera información precisa y útil y respeta la confidencialidad de la información;
- incorpora mecanismos de evaluación e innovación;
- fomenta la ampliación de conocimientos para todas las personas sobre promoción de la salud y prevención y curación de la enfermedad;
- no crea barreras graves para la atención;
- la atención es eficaz y apropiada;
- la atención es eficiente, es decir, permite conservar los recursos y emplear personal y tecnología apropiados;
- hay plena participación de la población, de manera que se presta aten-

ción a las personas enfermas, a las que son vulnerables y a las expuestas a riesgos;

- la atención es parte de la responsabilidad y del compromiso de la comunidad;
- la atención reconcilia las prácticas tradicionales con la terapéutica moderna.

La falta de éxito en la administración de la atención de salud está relacionada con una lista de características que son bastante familiares para muchos, entre las que se destacan las siguientes:

- aislamiento de la salud de otros aspectos del desarrollo nacional;
- falta de prioridades claras y lógicas;
- participación inadecuada de la comunidad;
- adiestramiento inapropiado del personal de salud;
- insuficiencia, subutilización o dispendio de recursos;
- costos crecientes de atención;
- restricción del empleo de auxiliares de atención primaria;
- falta de capacidad de planificación;
- enfoques anticuados, orientados hacia la curación, en los que no se tiene en cuenta el concepto ecológico;
- centralización excesiva y deficiencias técnicas múltiples.

Es mucho lo que las escuelas de salud pública podrían hacer para facilitar que se comprenda mejor lo que constituye un buen sistema de salud. Por un lado, pueden reorganizar el plan de estudio y el contenido curricular de tal forma que los estudiantes queden plenamente imbuídos de nociones como las que se esbozan en el precitado estudio del Consejo Ejecutivo. Los estudiantes de los programas de capacitación en administración de salud de las escuelas de salud pública deben ser objeto de particular atención. Sus estudios deben concentrarse en la forma de reorientar el sistema para que, en su totalidad, sea más pertinente, eficaz y eficiente para lograr las metas de la salud para todos.

Capacitación en administración de salud

¿Quién es el administrador de salud? ¿Quién debe recibir capacitación en administración? ¿Dónde y cómo se debe realizar esa capacitación? ¿Cuál debe ser la materia tratada en la misma? Casi todos los trabajadores de salud son administradores en el sentido de que cada uno, en alguna medida, tiene la responsabilidad de planificar, organizar, coordinar, dirigir y controlar los recursos de salud. Los administradores de salud no son un grupo pequeño ni especial de personas que trabajan completamente aparte de otros trabajadores de salud. Cualquier distinción que pueda hacerse entre

un trabajador de salud y otros en lo que se refiere a la función administrativa se basa principalmente en la cantidad y la naturaleza de los recursos por los que debe responder cada uno, el tiempo y los métodos que emplea para manejar esos recursos y el tipo de medidas adoptadas en ese sentido.

En el estudio del Consejo Ejecutivo (7) se determinó además quién debe recibir capacitación en administración, dónde y cuándo debe dispensarse y cuál debe ser la materia tratada. Del informe se deduce que, para ser efectivos, eficaces y pertinentes, los programas nacionales de capacitación en administración deben tener las siguientes características:

a) Deben basarse en el marco de las estrategias nacionales de salud para todos en el año 2000, estrategias de las cuales deben formar parte y a cuyo desarrollo deben contribuir. Estas estrategias implican que la capacitación en administración de salud se reconoce y se dispensa como elemento integral de ellas mismas; que los docentes en administración de salud y el personal profesional de ese campo participa en la formulación y puesta en práctica de las estrategias, particularmente del elemento de capacitación en administración, y que la formación se concentra en todos los elementos del proceso administrativo unificado del desarrollo nacional de salud.

b) Esos programas se planifican y realizan de tal manera que, a lo largo del tiempo y por medio de distintos métodos y materiales de enseñanza y aprendizaje, puedan suministrar cobertura a todo el personal que tiene responsabilidades administrativas en el desarrollo de la salud. En este contexto, en dichos programas se tienen en cuenta los distintos niveles de administración de salud; las diferentes funciones de administración; las necesidades de las personas que tienen deberes administrativos de diversa índole (administradores generales) así como de otras personas cuyo trabajo se concentra en una función administrativa particular, por ejemplo, planificación o preparación de presupuestos por programas (administradores especializados); y las necesidades de los administradores de otros sectores que participan en actividades que afectan el desarrollo sanitario.

c) Están *orientados hacia el estudiante* y, por ende, se basan en objetivos de aprendizaje congruentes con las funciones administrativas que desempeñan los participantes en sus respectivos empleos o que pueden desempeñar en un futuro.

d) Están orientados hacia la *práctica* de la administración y la solución de *problemas* administrativos reales o típicos. Ello implica la necesidad de realizarlos, hasta donde sea posible, en el lugar de trabajo de los participantes; que los administradores en ejercicio activo participen en la elaboración del plan de estudios de administración, y de que exista la posibilidad de emplear personal docente como consultores en las funciones administrativas y en la solución de problemas en este campo.

e) Que se apliquen métodos de enseñanza-aprendizaje compatibles con

los conceptos que se fomentan y con el comportamiento esperado de los participantes para con las personas que estarán bajo su cargo. Por ejemplo:

- si se fomenta el concepto de participación de la comunidad, la capacitación propiamente dicha debe ser participatoria en el sentido de facilitar que los estudiantes sean copartícipes de la planificación y desarrollo del programa de adiestramiento;
- si se fomenta el establecimiento de prioridades como base de los servicios de salud, entonces el adiestramiento se basará en deberes prioritarios que los estudiantes deberán desempeñar, y
- si se fomenta la noción de diálogo o discusión como medio preferido de comunicación entre las personas encargadas de administrar y las administradas, entonces el diálogo debe ser el modo predominante de comunicación entre docentes y estudiantes, en cuyo caso la mayoría de los tutores deberían estar más dispuestos a escuchar que a disertar y a instar a los estudiantes a que hagan preguntas, opinen, relaten sus experiencias y, de hecho, ayuden a formarse a sí mismos y a formar también al docente.

f) Que los programas sean tan económicos como sea posible y que, en ese sentido, reflejen los esfuerzos de quienes están a cargo de la planificación y puesta en marcha de los programas de capacitación en administración para cerciorarse del uso óptimo de todos los recursos disponibles localmente y pertinentes para el programa; la normalización de los diversos elementos del currículo; el diseño de una variedad de módulos de aprendizaje que se puedan seleccionar, adaptar e integrar en los cursos, según sea necesario, para determinados grupos de estudiantes; el uso intensivo de recursos y métodos de enseñanza-aprendizaje; la integración de la capacitación en administración con la supervisión; la preparación y amplia distribución de materiales audiovisuales autodidácticos; la adaptación al medio local del material de enseñanza sobre administración en salud preparado en otros países o campos (por ejemplo, en la administración pública, el sector comercial o la administración militar); y el uso de los propios estudiantes para preparar material de enseñanza-aprendizaje como parte de su formación.

g) Que los programas sean accesibles a todas las personas que necesitan capacitación en administración de salud y que a esa accesibilidad contribuya la educación continua, incluido el adiestramiento en el empleo y la utilización de materiales y métodos autodidácticos, incluidos los métodos de autoevaluación del aprendizaje.

Consideradas como un todo, las características presentadas constituyen un conjunto de criterios de capacitación en administración empleables tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.

Se tildaría de descuidadas a las escuelas de salud pública si dejaran de evaluar sus programas de capacitación en administración en salud de conformidad con las características señaladas por el Consejo Ejecutivo de la OMS y de introducir los cambios necesarios para que tales programas sean más compatibles con las mismas.

Desarrollo de recursos humanos para la salud

Es preciso citar algunos aspectos sobre los cambios necesarios en la actitud de los trabajadores de salud con respecto al desarrollo de recursos humanos para la salud. A decir de todos, los trabajadores de salud aportan solo una pequeña contribución al desarrollo de la salud; sería importante en ese sentido descubrir cómo se podría mejorar esa contribución. Por lo pronto sería preciso cambiar las actitudes existentes respecto de asuntos como los siguientes:

- a) ¿En qué consiste el desarrollo de recursos humanos para la salud?
- b) ¿Qué se necesita tener en cuenta en la planificación de recursos humanos para la salud?
- c) ¿Cuáles son las necesidades de los programas de educación y adiestramiento?
- d) ¿Cuáles son los asuntos indispensables en la administración del personal de salud?

Siempre se ha observado una fuerte tendencia a equiparar el desarrollo de recursos humanos solo con la educación *académica* y el adiestramiento formal. Sin embargo, el "desarrollo" de recursos humanos no solo consiste en "educar" para trabajos relativos a la salud sino también en determinar la cantidad y calidad del personal, en emplearlo, supervisarlos y en continuar su educación de la forma más apropiada posible. Por ende, el "desarrollo de recursos humanos para la salud" es un proceso triple de planificación, producción y administración de esos recursos humanos.

Es preciso cambiar la actitud de las personas respecto de lo que constituye una planificación efectiva de los recursos humanos. No se trata solo de un cálculo de cuántos médicos se necesitan por unidad de población, cuántas enfermeras por cama de hospital o por médico y cuántos auxiliares de enfermería por cada enfermera profesional. En estas consideraciones no se reflejan las necesidades prioritarias de la población. Esa clase de planificación hace caso omiso de lo que sucede en otras entidades públicas y en el sector privado que a menudo ha crecido en forma desmesurada en relación con las necesidades y los recursos reales de los países. Con el fin de lograr la salud para todos, la planificación de las necesidades de recursos humanos para la salud debe ser mucho más realista. Los requerimientos futuros de recursos humanos deben estimarse con base en los principales problemas y recursos de salud del país. Por ende, es indispensable evaluar con antelación las necesidades y los recursos humanos y materiales existentes para atenderlas.

En lo que se refiere a educación y adiestramiento del personal, es decir a la función de *producción*, se necesita un cambio radical de actitud. Ante todo, todas las personas interesadas deben entender que la finalidad de la

educación y el adiestramiento es producir personal de salud plenamente imbuido de la noción de que se debe servir a *todas* las personas y de que *todos* los trabajadores de salud deben colaborar en ese empeño. Los propios intereses de muchos trabajadores de salud, especialmente de los médicos, con frecuencia han tenido primacía con respecto a las necesidades del público. Eso se ha demostrado con la elección de la tecnología empleada, las modalidades de tratamiento, la naturaleza de las investigaciones realizadas y los elevados honorarios y sueldos de ciertas categorías de los profesionales de salud.

Muchos médicos suelen inclinarse por un comportamiento que redunde en beneficio de sus propios intereses porque en primer lugar esa es la forma en que ellos perciben el objetivo de la educación superior. La consideran como un medio de lograr no solo un mejor nivel de vida sino mayor movilidad social, mejor posición social y una cierta seguridad contra las eventuales incertidumbres políticas y económicas. La capacidad especial que han adquirido por medio de la educación superior constituye una especie de propiedad portátil relativamente inmune a la confiscación; eso sucede en particular en el caso de la educación médica, y es potenciado por la especialización.

En algunos países la demanda de educación médica es tal que, con el fin de atender las solicitudes, ha habido una proliferación desmesurada de instituciones y programas de adiestramiento, junto con un relajamiento de las políticas de admisión de los programas nuevos y antiguos, lo que algunas personas consideran peligroso. Ello ha llevado a producir un número excesivo de médicos en relación con el número que los países pueden absorber económicamente y ha dado origen a una migración transnacional de grandes proporciones. Además ha causado un aumento incontrolable de especialidades clínicas y, en consecuencia, ha llevado al abuso de tecnologías que exigen una utilización intensiva de capital. Quizá este fenómeno pueda describirse mejor con el término "profesionalización excesiva de los sistemas de salud".

En los programas de educación en las profesiones de la salud es donde se forjan las actitudes respecto de la función y el papel de las mismas. Por ende, se necesita poner todo el empeño posible para que las personas egresadas de esos programas se dediquen realmente a servir al público. Una manera de reducir el número de individuos que tienen solo intereses propios consiste en admitir solo postulantes elegibles, mediante el establecimiento de procedimientos de selección más estrictos. Hay pruebas de varios tipos para identificar los motivos reales de los aspirantes a ciertos programas académicos. Sin embargo, conviene señalar que aun aquellos con las mejores intenciones pueden cambiar su actitud hacia un comportamiento más egoísta, como consecuencia de la propia naturaleza del programa y de los métodos de educación. Los sistemas de servicios de salud

tradicionales contribuyen muy poco a cambiar ese estado de cosas. Por ende, aunque es posible cambiar las actitudes en los programas académicos, todos los esfuerzos desplegados al respecto serían nulos si simultáneamente no se toman medidas drásticas en el sistema de servicios para controlar asuntos tales como la escala de salarios y honorarios, elección de especialidad, elección del sitio de trabajo, etc. ¿Por qué deben estar los trabajadores de salud en particular sujetos a tales medidas? ¿Por qué el poder y el prestigio de los profesionales de salud, particularmente de los médicos, ha dado origen a la noción de que ellos salvan la vida? Eso es verdad, por supuesto, pero cabría preguntar: ¿deben recibir ingresos exorbitantes para hacerlo? Los altos sueldos y honorarios constituyen un factor de discriminación en lo que respecta a las personas cuya vida se debe salvar y cuya enfermedad se debe tratar o prevenir. Es preciso reorientar el contenido y los métodos de los programas académicos con el fin de avivar en el personal de salud el deseo de servir dónde y cuándo más se le necesite y de hacerle ver que la compensación recibida por su trabajo es mensurable no solo en términos monetarios.

Es preciso también cambiar la actitud en lo que respecta al significado y a la materia de la administración de recursos humanos para la salud. La administración de recursos humanos se refiere a la utilización de personas ya empleadas dentro del sistema de salud. El término "administración", respecto de esas personas, comprende algo más que la administración de personal en el sentido clásico tradicional de preparar la nómina, reclutar el pagar pensiones, y promover y remover empleados. Comprende, además, supervisión, que de por sí significa más que impartir órdenes al personal o reprenderlo o castigarlo si no obedece las "órdenes". La supervisión consiste también en guiar al personal y en averiguar por qué es su desempeño inferior al esperado, como base para determinar qué necesita el trabajador en materia de educación continua u otro tipo de apoyo para ayudarle a mejorar la calidad de su trabajo. En este sentido, la administración de recursos humanos incluye la formulación y puesta en práctica de estudios de trabajo, es decir, de estudios de las funciones y actividades inherentes a cada cargo o empleo, la determinación de la competencia necesaria para un desempeño satisfactorio y la formación necesaria para actualizar los conocimientos de cada individuo o grupo de trabajadores de salud.

Todas estas nociones implican que la actitud de muchos administradores de personal de salud debe cambiar. Los programas de capacitación en administración en salud, en particular los que tienen que ver con la administración de personal, deberán modificarse a fin de garantizar que el significado real y las implicaciones de la administración de personal se apliquen en la práctica, en la esfera misma del trabajo. Las escuelas de salud pública que ofrecen cursos de administración de personal deben considerar estas nociones. En donde no se ofrezcan, debería hacerse todo

lo posible por dictar cursos de esa índole. En ambos casos, se deberá tener en cuenta no solo las necesidades del personal encargado de prestar atención de salud secundaria y terciaria sino también, y tal vez primordialmente, las necesidades particulares de las personas que prestan atención primaria de salud.

Hay que tener presente la importancia de la mujer en el desarrollo de la salud y su participación en los tres elementos del desarrollo de recursos humanos de salud. En materia de planificación, deberá incluirse a la mujer en el proceso de adopción de decisiones puesto que ella representa un potencial muy importante de la fuerza de trabajo para la salud. En lo que respecta a educación y adiestramiento, la mujer tiene tanto derecho como el hombre de ser admitida a la capacitación. En razón de las funciones que la mujer debe desempeñar en el hogar, los programas de educación y adiestramiento deberán organizarse de tal manera que permitan la participación de la mujer que tiene responsabilidades en el hogar, si así lo desea. En el lugar de trabajo, la mujer tiene derecho a las mismas condiciones de trabajo que el hombre. Como consecuencia de las responsabilidades que tiene la mujer en el hogar y de su función especial como productora de la raza humana, se le debe dar especial consideración en términos de licencias, horas de trabajo, pensiones y otros beneficios similares. La OMS realiza un estudio internacional sobre la mujer como proveedora de servicios de salud. Los resultados de este estudio, que se publicarán oportunamente en un informe, estarán a la disposición de las escuelas de salud pública interesadas.

CONCLUSION

Para terminar, deseo subrayar que creo sinceramente que, como consecuencia de la naturaleza misma de las personas atraídas a las escuelas de salud pública, es decir, los líderes de la salud, esas escuelas podrían y, de hecho, *deberían* desempeñar una función vital para ayudar a que los dirigentes de los gobiernos comprendan mejor el significado de la salud para todos y de la atención primaria de salud, reconozcan las deficiencias de los actuales sistemas de educación y servicios de salud y, por último, pero no por ello menos importante, mantengan una actitud positiva para que puedan servir de guía y ejemplo a los trabajadores de salud.

RESUMEN

En esta presentación se examina el problema que representan ciertas actitudes de algunos funcionarios de salud y de otros sectores, así como de

la propia población beneficiaria que, si bien no obstruyen, al menos no facilitan el logro de la salud para todos basada en la atención primaria.

El autor describe las modificaciones en las actitudes y patrones de comportamiento que son necesarios tanto para la población general, objeto de los cambios, como para los encargados de establecer políticas y proporcionar servicios de salud. Al propio tiempo, identifica las posibles funciones que deben desempeñar las facultades de salud pública a fin de fomentar y lograr esos cambios.

Con una idea precisa de cuáles son y en qué consisten los cambios deseables, en el artículo se analizan detalladamente los principales sectores de interés, los que se han dividido así: significado de salud; significado de atención de salud y desarrollo sanitario; alcance de la formulación de políticas; colaboración intersectorial y multidisciplinaria; participación de la comunidad y autocuidado; reducción de los costos de la atención médica; organización y funcionamiento del sistema de salud; capacitación en administración de salud, y desarrollo de recursos humanos para la salud.

El autor termina subrayando la importancia vital de comprender el significado de salud para todos y de reconocer las deficiencias actuales de los sistemas de educación y servicios de salud pero que es igualmente importante mantener una actitud optimista y positiva.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Informe de una Consulta Interregional sobre Redes Nacionales de Desarrollo, Colombo, Sri Lanka (SHS/83.2).
 - (2) Organización Mundial de la Salud. Política en materia de becas, informe del Director General (EB 71/PC/WP/4); pág. 5.
 - (3) Ferreira, J. R. Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000. *Educ Méd Salud*, Vol. 17, No. 1 (1983), págs. 54-67.
 - (4) S. Finlay. The trend towards treatment at home. *Fact magazine*, Vol. 2, No. 5, julio/agosto, págs. 30-33.
 - (5) Evans, J. R. *Measurement and Management in Medicine and Health Services. Training needs and opportunities*. Publicado por la Fundación Rockefeller, Nueva York, págs. 43-48.
 - (6) Organización Mundial de la Salud, EB 67/1981/REC/1, anexo 5, págs. 57-89.
 - (7) Organización Mundial de la Salud. Documento HMD/EBWG/1. The role of WHO in training in public health and health programme management, including the use of country health programming. Documento de trabajo sobre un estudio de organización preparado para el Consejo Ejecutivo. Ginebra, 1978.
-

CHANGING HEALTH WORKERS' ATTITUDES: A FUNCTION OF PUBLIC HEALTH SCHOOLS (*Summary*)

This presentation examines the problem of certain attitudes of persons employed in health and other sectors, and of the beneficiary population itself which, though not blocking, at least make it difficult to promote the attainment of health for all based on primary care.

The author describes the changes of attitude and behavior patterns needed both in the whole population, for whose sake the changes are needed, and in those charged with establishing policies and providing health care. At the same time, he identifies the functions that schools of public health may have to perform in order to promote and bring about those changes.

With a precise idea of what the desirable changes are and what they consist of, the article examines in detail the principal areas of interest, which it distinguishes as follows: the meaning of health; the meaning of health care and health development; the scope of policy-making; intersectoral and multidisciplinary collaboration; community involvement and self-care; cost-containment of medical care; health system organization and operation; health management training, and health manpower development.

The author concludes by underscoring the vital importance of understanding the meaning of health for all and of taking cognizance of the current deficiencies of the health education and service systems, but states that it is just as important to keep an optimistic and positive attitude.

MUDANÇA DE ATITUDE DOS AGENTES DE SAÚDE: FUNÇÃO DAS ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA (*Resumo*)

Nessa apresentação examina-se o problema que representam certas atitudes de alguns funcionários da saúde e de outros setores, bem como da própria população destinatária que, embora não obstruam, pelo menos impedem que se fomente a consecução da meta de saúde para todos baseada nos cuidados primários.

O autor descreve as modificações nas atitudes e padrões de conduta que são necessárias tanto para a população como um todo, foco central das mudanças, como para os encarregados de estabelecer políticas e proporcionar cuidados de saúde. Ao mesmo tempo, identifica as possíveis funções que devem desempenhar as faculdades de saúde pública a fim de fomentar e realizar essas mudanças.

Com uma idéia precisa de quais são e em que consistem as mudanças desejáveis, o artigo analisa detalhadamente os principais setores de interesse, assim divididos: significado da saúde; significado dos cuidados de saúde e desenvolvimento sanitário; alcance do estabelecimento de políticas; colaboração intersectorial e multidisciplinar; participação da comunidade e atendimento próprio; restrição dos custos do atendimento médico; organização e funcionamento do sistema de saúde; capacitação em administração sanitária e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

O autor termina sublinhando a importância vital de se compreender o significado

de saúde para todos e reconhecer as deficiências atuais dos sistemas de educação e serviços de saúde, e também a importância de manter uma atitude otimista e positiva.

CHANGEMENT D'ATTITUDE DES AGENTS DES SERVICES DE SANTÉ: LE RÔLE DES ÉCOLES DE SANTÉ PUBLIQUE (*Résumé*)

Cet article examine le problème que posent les attitudes de certains fonctionnaires des services de santé et ceux des secteurs, ainsi que celle de la population visée. Sans être un obstacle insurmontable, ces attitudes empêchent au moins d'atteindre l'objectif de la santé pour tous fondée sur les soins primaires.

L'auteur décrit les modifications d'attitude et de conduite qui sont nécessaires tant de la part de la population dans son ensemble, point de concentration des changements, que de celle des personnes chargées d'élaborer des politiques et de fournir des soins de santé. Il identifie de manière opportune les rôles éventuels que doivent jouer les facultés de médecine publique dans le cadre de la conception et de l'application de ces changements.

Avec une idée précise des changements voulus et de leur nature, l'auteur analyse de manière détaillée les principaux domaines d'intérêt qui sont les suivants: signification de la santé; signification des soins de santé et développement sanitaire; portée des politiques sanitaires; collaboration intersectorielle et pluridisciplinaire; participation communautaire et soins appropriés; réduction des dépenses médicales; organisation et fonctionnement du système de santé; formation en administration de la santé et valorisation des ressources humaines pour la santé.

L'auteur conclue en soulignant qu'il importe de comprendre la signification de la santé pour tous et de reconnaître les lacunes actuelles des systèmes de l'enseignement et des services de médecine car il importe également de garder une attitude optimiste et positive.

Los sistemas cosmopolitas y tradicionales de salud: la mujer como nexo

DEBORAH BENDER¹

INTRODUCCION

El costo de ampliar la cobertura de salud a las zonas rurales de los países en desarrollo, tanto en recursos monetarios como humanos ha obstaculizado la extensión de los sistemas de salud tradicionales a las comunidades locales. Los esfuerzos por ampliar los servicios de salud cosmopolitas u "occidentales" para atender a las poblaciones autóctonas de los países en desarrollo están estrechamente vinculados con la prioridad otorgada en todo el mundo a la salud a partir del decenio siguiente a la Segunda Guerra Mundial. En 1946 se creó como organismo independiente la Organización Mundial de la Salud (OMS), con base en parte en la antigua Sociedad de las Naciones (1). Al igual que los movimientos en pro de la salud pública que tuvieron lugar en Inglaterra a fines del siglo XIX (2) y en los Estados Unidos de América en las primeras décadas del Siglo XX, las primeras actividades de la OMS se concentraron en la erradicación de epidemias.

Los progresos en la situación sanitaria de los países del Viejo Mundo, la aparente similitud de las pautas de morbilidad de los países en desarrollo con las experiencias de aquellos países a principios del presente siglo, y la reciente exposición a países lejanos durante los movimientos militares de la Segunda Guerra Mundial hicieron nacer un deseo ingenuo, aunque sincero, de ayudar a los hermanos pobres y hambrientos en lugares distantes. Este anhelo contribuyó al establecimiento de pautas de servicios de atención médica en el Tercer Mundo que todavía estamos tratando de dismantelar.

Entre las hipótesis implícitas en estas pautas se encuentran las siguientes:

1. La atención médica cosmopolita llena un vacío que no se puede atender dentro de la estructura social de un país específico.
2. Los países en desarrollo o del Tercer Mundo se modernizarán conforme a pautas similares a las de los países del Viejo Mundo.
3. La eficacia de la medicina cosmopolita es tan evidente que sustituirá a las prácticas de salud tradicionales, las cuales se abolirán en breve lapso.

¹Directora Adjunta del Proyecto de Salud Rural Andino (Ministerio de Previsión Social y Salud Pública-Iglesia Metodista de Bolivia), Durham, Carolina del Norte, E.U.A. y Casilla 356, La Paz, Bolivia.

Solo al cabo de varios decenios de labor por parte de médicos, planificadores, administradores, expertos agrícolas y educadores se han puesto claramente de manifiesto los errores implícitos en estas hipótesis. Se han reconocido tanto la complejidad de las pautas de desarrollo como su dependencia de múltiples manifestaciones del colonialismo y el paternalismo (3). El fracaso de un gran número de proyectos de salud impuestos desde el extranjero se ha hecho sentir incluso en los benefactores más tenaces (4). Los estudios de los cambios que han tenido lugar, especialmente aquellos que se concentran en la adopción de innovaciones por los miembros de la comunidad, han impartido una educación que nada se parece a la dictada en el aula (5). La obstinada persistencia de las prácticas de salud tradicionales ha hecho ver claramente que existe más de una norma con arreglo a la cual se puede juzgar la eficacia de un procedimiento (6).

LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD COMO ESTRATEGIA DE LA ATENCION DE SALUD

Poco a poco se ha venido arraigando la tesis de que la población vive en comunidad y que, por ende, la comunidad es la unidad válida para la prestación de los servicios básicos de salud. El significado de esta lección radica en que cada vez más se planifican los programas de salud teniendo en cuenta las necesidades, opiniones y preferencias de los miembros de la comunidad. La participación de la comunidad ha pasado a ser un elemento clave en la planificación de los servicios de salud que se prestan a esta.

Incluso los mecanismos de planificación de la OMS han abandonado en los últimos cinco años el enfoque de "arriba-abajo" en favor de un enfoque "abajo-arriba". El nuevo enfoque hace que la Organización solicite a los países la presentación de planes nacionales, los cuales pueden tener múltiples niveles de esfuerzo y referirse también a los planes de colaboración con organismos externos, con miras a alcanzar las metas. Los planes nacionales y las opiniones de las autoridades de los países del Tercer Mundo determinan la política de la OMS en materia de salud mundial. Lógicamente, se espera que los planes de los países reflejen las prioridades basadas en la comunidad y, en realidad, así sucede con muchos de ellos (7); también se espera que los colaboradores formulen metas programáticas compatibles con las metas nacionales.

Para que las prioridades fijadas de acuerdo con las necesidades de la comunidad se reflejen en la prestación de servicios de salud y pasen de un marco conceptual a un marco operativo es necesario contar con un plan. Dicho plan, además, debe concentrarse en la comunidad como unidad funcional de la prestación de los servicios básicos de salud. También es cierto que para que haya una integración eficaz de las prácticas tradicionales

y cosmopolitas de salud hay que concebir a la comunidad como una unidad social, antes de introducir la innovación de que se trate. Es preciso añadir—no enteramente entre paréntesis—que la comprensión de la comunidad y, en especial, de sus necesidades y recursos es esencial para garantizar que se presten servicios económicos.

En el Altiplano boliviano, donde se llevó a cabo la investigación a la que se refiere este trabajo, se conocen muy bien y se utilizan ampliamente las plantas autóctonas para el tratamiento de las enfermedades. Este conocimiento va más allá de los límites profesionales de los curanderos, pues constituye un conjunto de conocimientos transmitidos de generación en generación, de palabra, de madre a hija, etc. Estas mujeres, madres de familia en comunidades de 250 a 500 habitantes, son en la práctica las agentes principales de la atención de salud y las protectoras de la salud y el bienestar de sus familias, por tanto, constituyen un recurso eficaz, aunque subutilizado, para llevar la atención de salud organizada a las comunidades locales.

Al formular y luego al administrar los programas que tengan su base en la comunidad y que sean adecuados para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, la incorporación de las habilidades de las mujeres y de las madres parece una estrategia lógica, razonable, costo-efectiva y sostenible para prestar una atención de salud accesible y aceptable. Un elemento fundamental de esta estrategia es el reconocimiento de las pautas ya establecidas para mantener la salud de los miembros de la comunidad y curar al enfermo así como la buena disposición de los miembros de la comunidad para que se formulen ideas bien fundadas en cuanto a la eficacia de ciertas intervenciones en materia de salud.

Los primeros pasos para la ejecución de un plan de ese tipo son la elaboración de un registro individual de salud y la selección de una o varias comunidades experimentales. El método del registro individual le permite al individuo describir los fenómenos pasados y presentes de salud experimentados por cada miembro de la familia, incluidos aquellos de sus miembros que han fallecido. Estos hechos se registran en una tarjeta preparada específicamente para ese fin. Un registro como ese fue elaborado para el estudio Khanna en la India (8). Los datos que se registran se refieren a los embarazos y partos de la madre de familia, los abortos, el fallecimiento de niños, las enfermedades y las lesiones que han afectado a los miembros de la familia. En cada rubro se debe incluir la fecha más exacta conocida.

Un componente importante del registro es el dato referente al tratamiento preferido para cada dolencia, independientemente de que su origen sea o no autóctono. Los datos deben incluir el uso de hierbas, tés, plantas y sustancias de origen vegetal y medicinas tradicionales y cosmopolitas adquiridas en cualquiera de los mercados urbanos o rurales. De esa forma el registro de salud pasa a constituirse en el medio por el que se pueden

comenzar a vigilar las pautas de salud y morbilidad de las familias y por el que estos mismos individuos pueden evaluar el efecto de ciertas prácticas sobre sus condiciones de salud. Este tipo de registro también puede suministrar información para el personal expatriado y las autoridades en cuanto a las prácticas conocidas que constituyen una respuesta aceptable al síntoma específico y que son tratamientos utilizados concretamente por la población autóctona.

Todavía no se ha establecido claramente quién ha de llevar este registro dentro de la familia. Pueden haber varios criterios para identificar a esa persona, entre ellos la edad, el sexo o el grado de alfabetización. Sin embargo, lo más importante es elegir para llevar el registro a la persona a la cual incumbe la responsabilidad primaria por la salud de los miembros de la familia. Mi preferencia, conforme a este criterio, es elegir a la madre de cada familia para que lleve el registro. En las zonas rurales de Bolivia, donde los servicios básicos de salud no están fácilmente al alcance de la gran mayoría de la población, las madres son agentes de la atención de salud por falta de otro personal mejor capacitado. Al designar a la madre para que lleve el registro de salud de su familia se le atribuye una condición positiva a su labor. El reconocer que la madre es la agente de salud preferida y ayudarla a vigilar su salud y la de los miembros de su familia es una manera muy razonable de contribuir a mejorar la salud de la comunidad.

En Bolivia la utilización de las madres como agentes de salud ha sido un objetivo del Gobierno, por conducto de la División de Nutrición por muchos años. Desde 1955 la División ha venido suministrando suplementos alimentarios por medio de los clubes de madres, de base comunitaria, para mejorar la situación nutricional de las mujeres de bajos ingresos en edad fértil y la de sus hijos más pequeños (4). Sin embargo, la provisión de suplementos alimentarios por sí sola no aprovecha enteramente las posibilidades que ofrecen estos clubes de madres para la promoción de la salud. La expansión del papel de los actuales clubes de madres podría ser un medio cultural y políticamente aceptable de ampliar la cobertura de servicio de atención de salud a muchas comunidades rurales en la zona del proyecto.

Después que se registran los fenómenos pasados y presentes de salud, se indica al representante de la familia cómo llevar el registro en forma permanente. Los episodios de morbilidad y las intervenciones específicas—cosmopolitas o tradicionales—se asientan en el registro y en un talón separable. Esta hoja se tralada luego al nivel comunitario, etc. Una copia del registro familiar de salud se recolecta a nivel comunitario. Esta información se resume y compila de modo que las enfermedades de mayor prevalencia y gravedad que son susceptibles de tratamiento se ponen en conocimiento de los miembros de la comunidad. Este registro comunitario de salud es el instrumento por el que la comunidad o su comité o sus representantes comienzan a enterarse de las pautas de salud y morbilidad en la comunidad,

lo cual los pone en condiciones de examinar, con carácter crítico, la mejor forma de mejorar su situación de salud.

A su debido tiempo, los datos de nivel comunitario se tabulan al nivel subzonal y regional. Estos datos constituyen la base para la evaluación del efecto del proyecto oportunamente. Al utilizar este sistema escalonado, los datos se comparten primero con sus propietarios y se minimiza el riesgo de una reacción negativa a "una encuesta más". Se obtiene así la colaboración de los miembros de la comunidad que han convenido en participar en la vigilancia de su propia salud; los datos del registro familiar de salud son los instrumentos por los que se logra ese objetivo.

Al nivel de la comunidad se requiere la participación de un trabajador comunitario de salud para ayudar en la preparación inicial de los registros, vigilar la actualización quincenal o mensual de los registros, y recoger el talón separable que debe entregar el registrador familiar por cada incidente de morbilidad (o mortalidad) y la intervención correspondiente, si la hubiera.

El trabajador comunitario de salud es un enlace eficaz entre la comunidad y el auxiliar de salud. Cada auxiliar de salud, por su parte, atiende de cinco a ocho aldeas, según el tamaño de la población y los límites geográficos, y se ocupa de visitar por lo menos una vez al mes a cada comunidad, a fin de administrar las inmunizaciones necesarias, reunirse con el trabajador comunitario de salud y prestarle apoyo, recoger y vigilar los registros de salud de este último y formular e impartir instrucción periódica a los trabajadores comunitarios de salud, en colaboración con otros auxiliares. Los auxiliares de salud sirven además de nexo entre las comunidades y los representantes de distrito del Ministerio de Salud.

A nivel de distrito hay una persona capacitada que se ocupa de coordinar los esfuerzos de cinco a 10 auxiliares de salud, recoger los registros de estos y responder a sus solicitudes de asistencia para realizar las intervenciones sanitarias o impartir formación sanitaria permanente. Esta persona trabaja también en colaboración con el personal en la oficina del distrito (que probablemente será un pequeño hospital) y el administrador. Este administrador, por medio del funcionario de distrito y los auxiliares de salud, vigila la condición de salud de la comunidad.

Las remuneraciones en un programa como este son a la vez formales e informales. Los empleados de distrito y los auxiliares de salud reciben los salarios estipulados por el Ministerio. Los trabajadores comunitarios de salud, aunque no reciben un salario, se benefician de la formación que reciben en los aspectos de administración de servicios de salud, en forma periódica y permanente, junto con el prestigio que se deriva de su participación activa en un proyecto nacional. Además, reciben formación en aspectos vinculados con la salud y la administración de los servicios de salud, en forma constante y periódica. Como el número de cargos que permiten una

participación eficaz en la sociedad es limitado y dado que virtualmente no existen periódicos que proporcionen nueva información en forma casi permanente, se atribuye un gran valor a una actividad por medio de la cual una persona puede tener acceso a ambos elementos.

Quizás las mayores recompensas son las que reciben las madres de familia. A través del registro individual de salud se le da asistencia para mejorar y vigilar la salud de su familia. Los estudios de mantenimiento de registros médicos han demostrado que los interesados llevan sus propios registros por lo menos tan bien como los médicos (y a veces mejor), precisamente porque se trata de un registro de *su salud*, de su propia vida. En el contexto boliviano, la madre, como se le encomienda la salud de su familia, tiene un gran interés en llevar un registro exacto y detallado. Durante los estudios de campo que realizamos en 1982 se observó que era común que las madres presentaran los registros vitales de cada miembro de su familia.

El plan del programa resulta eficaz para establecer un nexo entre los sistemas cosmopolitas y tradicionales de salud, a un bajo costo. Sin embargo, se enfrenta con ciertos obstáculos; el que se señala con más frecuencia es el relativo a la limitada alfabetización de la mujer del Altiplano. Esta crítica es válida, pues hasta la Revolución de Reforma Agraria de 1952 la población indígena del Altiplano tenía prohibido aprender a leer. Desde entonces se han establecido escuelas primarias en todas las comunidades y la alfabetización no es un elemento extraño, ni siquiera en las zonas más rurales. En muchas familias hay por lo menos un hijo o hija mayores que saben leer y escribir; si la madre no puede hacerlo, el mantenimiento de los registros individuales de salud se puede convertir en un proyecto familiar. Si esto no es posible se puede recurrir al trabajador comunitario de salud, que puede ayudar a registrar los fenómenos de salud que le notifica la familia.

A pesar de todo, las posibles deficiencias se compensan en gran medida por las enormes ventajas de este enfoque.

1. Se trata de un programa *basado auténticamente en la comunidad*.
2. Las madres han observado durante toda su vida la cultura aymará y están familiarizadas con las prácticas curativas tradicionales de la zona.
3. Mediante el análisis de los registros de salud, se pueden identificar las enfermedades más graves y tratables en las comunidades y formular intervenciones apropiadas.
4. Es probable que los registros sean exactos, porque los llevan las personas para quienes estos registros son más importantes.
5. La estrategia básica del programa—las tarjetas de registro individual de salud—es muy económica; cabe pensar que el uso de registros comunitarios de salud para determinar las estrategias necesarias reducirá los costos, pues solo se harán las intervenciones que se consideren indispensables.
6. A medida que la población de la comunidad llega a comprender mejor sus propias pautas de salud está en mejores condiciones de escoger entre

las intervenciones médicas tradicionales y cosmopolitas y saber cuándo ha de elegir la que corresponde.

7. La mujer aymará es un importante recurso para ampliar la atención organizada de salud a las comunidades rurales y establecer un vínculo entre la medicina cosmopolita y las pautas tradicionales de atención en un medio en el cual escasean los recursos.

RESUMEN

El costo de extender la atención de salud a las zonas rurales de los países en desarrollo ha obstaculizado los esfuerzos por llevar la medicina cosmopolita u "occidental" a estas zonas. La autora propone como estrategia costo-efectiva y ajustada a la realidad para ampliar los servicios necesarios en el medio rural—en un contexto en que son limitados los recursos—la incorporación de la mujer como agente de la atención de salud en el sistema rural de atención, dándole una formación que incluya prácticas tanto formales como tradicionales. El proceso ofrece a la mujer, como madre, la oportunidad de participar como protagonista en la evaluación del estado de salud de sus hijos y de otros miembros de su familia.

De acuerdo con la experiencia obtenida en un proyecto de salud rural llevado a cabo en el Altiplano boliviano, se formulan recomendaciones específicas en relación con la aplicación del enfoque señalado, que tiene su base en la propia comunidad; se señalan a su vez las dificultades que se han encontrado en su aplicación práctica.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. *Los primeros diez años de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, 1978.
- (2) Snow, J. *Snow on Cholera*. Nueva York, Hafner Publishing Co., 1965.
- (3) Wolf, E. *Europe and the People without History*. Berkeley, University of California Press, 1982.
- (4) Paul, B. *Health Culture and Community*. Nueva York, Russel Sage Foundation, 1955.
- (5) Rogers, E. M. y F. F. Shoemaker. *Communication of Innovations: A Cross-Cultural Approach*. Nueva York, The Free Press, 1971.
- (6) Young, J. C. *Medical Choice in a Mexican Village*. Nueva Jersey, Rutgers University Press, 1981.
- (7) Schaeffer, M. Comunicación personal, 1981.
- (8) Gordon, J. y J. B. Wyon. *The Khanna Study: Population Problems in the Rural Punjab*. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1971.

(9) División Nacional de Nutrición. *Programas de la División Nacional de Nutrición, 1982-83: Alimentación Complementaria*. La Paz, Bolivia, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, 1982.

WOMEN AS A LINK BETWEEN COSMOPOLITAN AND TRADITIONAL HEALTH SYSTEMS (*Summary*)

The cost of extending health care to rural areas in developing countries has hindered efforts to bring cosmopolitan or "western" medicine into those areas. As a cost-effective and realistic strategy for expanding the services needed in the countryside—in a context of finite resources—the writer proposes making women agents of health care in the rural care system and giving them training that includes both formal and traditional practices. The process offers the woman, as a mother, the opportunity to play a leading part in evaluating the health status of her children and other members of her family.

Based on the experience acquired in a rural health project carried out in the Altiplano of Bolivia, specific recommendations are made for application of this approach, which is based in the community itself, and the difficulties encountered in its practical application are cited.

OS SISTEMAS COSMOPOLITAS E TRADICIONAIS DE SAÚDE: A MULHER COMO NEXO (*Resumo*)

O custo de estender os cuidados de saúde às zonas rurais dos países em desenvolvimento obstaculizou os esforços para levar a medicina cosmopolita ou "ocidental" a essas zonas. A autora propõe como estratégia econômica e ajustada à realidade para ampliar os serviços necessários no meio rural - num contexto em que são limitados os recursos - a incorporação da mulher como agente de saúde no sistema rural de atendimento, dando-lhe uma formação que inclua práticas formais e tradicionais. O processo oferece à mulher, como mãe, a oportunidade de participar como protagonista na avaliação do estado de saúde de seus filhos e de outros membros da família.

De acordo com a experiência obtida num projeto de saúde rural executado no altiplano boliviano, formulam-se recomendações específicas em relação à aplicação do enfoque assinalado, que tem sua base na própria comunidade; assinalam-se também as dificuldades encontradas em sua aplicação prática.

LES SYSTÈMES COSMOPOLITES ET TRADITIONNELS DE SANTÉ: LA FEMME EN TANT QUE TRAIT D'UNION (*Résumé*)

Le coût de l'extension des soins de santé aux zones rurales des pays en développement fait obstacle aux efforts en vue de porter la médecine cosmopolite ou

occidentale à ces zones. L'auteur propose comme stratégie rentable et adaptée à la réalité de l'extension des services nécessaires au milieu rural, -compte tenu du peu de ressources disponibles- l'intégration de la femme comme agent des soins de santé dans le système de soins ruraux, par le biais d'une formation comprenant à la fois des pratiques formelles et traditionnelles. Ce processus offre à la femme, en tant que mère, la possibilité de participer en tant que protagoniste à l'évaluation de l'état de santé de ses enfants et des autres membres de sa famille.

Conformément à l'expérience acquise dans le cadre d'un projet de santé rurale et exécuté sur le Haut Plateau bolivien, des recommandations spécifiques sont formulées en ce qui concerne l'application de la méthode indiquée, qui est fondée sur la communauté elle-même; l'auteur signale également les difficultés rencontrées dans l'application pratique de cette méthode.

El papel de los elementos de apoyo en la educación médica¹

JOSE ROBERTO FERREIRA²

INTRODUCCION

Los elementos de apoyo que serán analizados en esta presentación incluyen desde el contexto ambiental en que se desarrolla la formación del futuro médico—laboratorios, hospitales y servicios comunitarios, hasta los medios complementarios utilizados—bibliotecas, sistemas de comunicación, recursos y tecnologías docentes y materiales.

Ante la imposibilidad de un análisis minucioso de la diferenciación de estos elementos en toda la América Latina, opté por destacar los aspectos más importantes que caracterizan la evolución desde los esquemas más tradicionales, que todavía predominan en escuelas latinoamericanas, hasta las transformaciones más significativas; las nuevas orientaciones que, aunque constituyen una minoría, ya son suficientes para señalar una clara tendencia de cambios inevitables.

Es casi imposible relacionar las características individuales de cada escuela con los resultados obtenidos, en términos de la formación que la misma propicia, lo que dificulta, en gran medida, el hacer afirmaciones categóricas en cuanto a la eficiencia y eficacia de esquemas funcionales distintos. Sin embargo, es posible identificar modelos tipológicos que han caracterizado momentos evolutivos en el desarrollo de la educación médica y analizarlos en función de la fundamentación teórica que los ha orientado.

Este trabajo se concentrará en el análisis de los elementos de apoyo que predominan en cada momento y en la influencia que pueden tener sobre la formación del médico.

Parámetros extremos de la formación

En primer lugar se deben señalar los parámetros extremos que delimitan la etapa evolutiva mencionada, que comprende el período posterior a la Segunda Guerra Mundial. Predominaba al principio de esta etapa una

¹Documento presentado en el Seminario Internacional sobre Educación Médica, Santiago, Chile, 18 de julio de 1984.

²Coordinador del Programa de Personal de Salud, Organización Panamericana de la Salud.

orientación definida en términos cuantitativos, que daba énfasis al número de horas de enseñanza en cada disciplina, es decir, la carga horaria global del plan de estudios; relación numérica entre alumnos y profesores, considerados estos últimos en unidades de “tiempo completo equivalente”; número de camas hospitalarias por alumno del ciclo clínico; número de libros o espacio en metros cuadrados por alumno, dedicado a sala de lectura en la biblioteca; disponibilidad de anfiteatros y laboratorios por alumno; disponibilidad de por lo menos un cadáver para cada cuatro alumnos y de un microscopio para cada dos alumnos. Los parámetros enumerados son varios, entre muchos otros, todos sujetos a algún tipo de medición. Son también de esa época referencias anedóticas, como aquellas de profesores muy rigurosos que, en un examen oral, de cada 10 alumnos, solo aprobaban dos.

En la actualidad—extremo opuesto del marco referencial escogido—predomina una orientación cualitativa, que concede prioridad al conocimiento y a las distintas formas de integración multiprofesional, interdisciplinaria, básico-clínica, preventivo-curativa, y docente-asistencial. Igualmente, se pone énfasis en la adopción de perfiles educacionales basados en niveles de competencia y, en la aplicación de una metodología dinámica que reconoce la posibilidad del alumno de aprender a su propio ritmo, con recursos de autoinstrucción, “monitorizados” mediante la evaluación de su desempeño. Favorece la concentración en áreas de conocimiento fundamental, como las ciencias morfo-funcionales y patológicas, la medicina interna, cirugía, obstetricia, pediatría y psiquiatría; y destaca la necesidad de que la formación esté más centrada en una base demográfica que en una individual, incorporando nuevas disciplinas como la epidemiología, planificación y administración de salud, informática médica y economía de salud.

Entre estos dos extremos se puede identificar, tanto para las instalaciones físicas como para los medios de apoyo de la formación médica, una gran variedad de enfoques y soluciones que supuestamente han respondido en cada momento al estado del arte, a la disponibilidad de recursos y al contexto sociocultural y político en que se desarrollaron. Como se señaló anteriormente, muchas de estas situaciones se perpetúan, a veces innecesariamente, aun cuando eventualmente se ofrecen alternativas superiores para el abordaje del mismo problema. A continuación se presentarán, en forma resumida, algunas de las soluciones posibles para los medios de apoyo de la formación médica: ambiente, medios de instrucción, e información biomédica.

EL AMBIENTE EN QUE SE DESARROLLA LA FORMACION MEDICA

La interrelación de espacios claramente identificados en el contexto de la formación médica ha evolucionado en términos dialécticos, de concentra-

ción y dispersión; absorbiendo de un lado elementos externos al sistema tradicional de adiestramiento y extendiéndose, por otro, en una trama de servicios a nivel comunitario.

Así, al anfiteatro y laboratorio se agregaron instalaciones de creciente sofisticación y unidades complementarias como la biblioteca, el bioterio, el centro audiovisual, etc. La escuela médica, en su conjunto, trató de mantener su asociación con hospitales y clínicas, llegando incluso al extremo de establecer su propio centro hospitalario, el hospital universitario u hospital de enseñanza, erróneamente denominado por algunos.

La orientación, en función del interés docente, era de traer a la educación médica todos los componentes de la práctica con los cuales habría de relacionarse posteriormente el ejercicio de la profesión. Este panorama se completó con el desarrollo de servicios orientados a la salud comunitaria, lo cual usualmente resultó en la organización y extensión de servicios de atención integral (preventiva-curativa) a pequeñas áreas de población, periféricas a los centros urbanos, de unos 5.000 a 10.000 habitantes, los llamados laboratorios de comunidad.

En el contexto descrito, las innovaciones posibles consistirán en la transformación de la condición pasiva del alumno en los laboratorios de demostración a una participación creciente del mismo, primero en los laboratorios departamentales con mesas individuales y posteriormente en los laboratorios multidisciplinarios. Igualmente fueron objeto de expansión y mejoría los laboratorios de investigación básica; esto permitió la apertura de líneas de investigación en biología celular, genética, e inmunología, entre otras, además de las disciplinas tradicionales. A nivel de las clínicas, la incorporación de la consulta externa como campo de aprendizaje posiblemente constituyó el avance más importante.

La crítica al modelo tradicional

Por más generalizada que estuviese esta práctica docente, sin embargo, no le faltaban críticos, que la acusaban de "artificial", en la medida en que la orientación científica básica guardaba poca relación con la investigación clínica; la atención curativa predominaba sobre la preventiva; la experiencia intrahospitalaria superaba la vivencia comunitaria; y el conocimiento de la patología prevaleciente era desplazado por un creciente interés por causística sofisticada.

Esta crítica alcanzó extremos de objetividad con la divulgación de los resultados del Estudio Internacional de Utilización de Servicios de Salud, desarrollado por Kerr White (1); el estudio demostró que en una población de 1.000 habitantes, en el transcurso de un año 720 personas se enferman, 100 buscan atención médica y 10 llegan a ser internadas en hospitales generales o especializados.

R. Guerrero (2) utilizó el mismo enfoque, pero aplicando la experiencia a la América Latina. Los resultados del Estudio de Morbilidad, realizado en Colombia, demostraron que de 1.000 personas entrevistadas en un período de dos semanas, 387 se sintieron enfermas, 63 necesitaron atención médica y solo dos fueron hospitalizadas. En este contexto, la escuela médica tradicional utilizaría los dos enfermos hospitalizados con propósitos docentes, prestaría poca atención a los 61 que procuraron un médico, y menos aún a los otros 324 que se sintieron enfermos. Obviamente, en semejante caso, la escuela no tiene en cuenta la responsabilidad de atender la salud de los otros 613 individuos que todavía no se habían enfermado.

Expansión en el contexto asistencial

De estas consideraciones se genera un cambio de 180° en la orientación de la escuela médica moderna en relación con los servicios clínicos, con la aceptación de no establecer más servicios propios sino de procurar extenderse hacia una división integral y representativa de la red de servicios de salud con cobertura proporcional de los tres niveles de atención y responsabilidad en la promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Estas nuevas orientaciones llegarán a repercutir aun a nivel de los laboratorios básicos a través de experiencias que variarán desde la incorporación de laboratorios multidisciplinarios a nivel de los centros de salud hasta la integración de la participación del alumno en los propios laboratorios de los servicios de salud en prácticas bioquímicas, microbiológicas, parasitológicas, etc.

A todo este contexto, la Fundación Rockefeller llamó, en reunión reciente, *medicina de base poblacional*, tomando al paciente como foco central de la atención, pero reconociendo que las necesidades de la población como un todo generan diferentes demandas del sistema de salud. John Evans (3) describe tres estadios diferentes evolutivos en la situación de salud: el primero se caracteriza por el predominio de enfermedades transmisibles y malnutrición, en especial en poblaciones rurales y periurbanas pobres; en un segundo grupo ubica a la población urbana más afluente con prevalencia de enfermedades crónicas, en especial las cardiovasculares y el cáncer, y califica un tercer estadio como de patología social y ambiental, cuando empiezan a presentarse problemas asociados con ausentismo, drogadicción, contaminación ambiental, etc.

El hecho de que los países en desarrollo tienen que enfrentarse concomitantemente con los tres diferentes estadios descritos, refuerza la necesidad de que también la educación médica se desarrolle en un contexto ambiental ampliamente representativo de la problemática que confronta el sistema de salud como un todo.

El potencial de la red de servicios para el aprendizaje se basa en la

importancia de utilizar la consulta externa, que permite la exposición masiva a una casuística altamente representativa, así como el adquirir experiencia en el manejo del caso clínico en una relación unitaria—siempre un alumno para un enfermo—en contraposición al método tradicional de la demostración a un grupo de estudiantes, alrededor de un paciente. A partir de este nivel, la naturaleza del caso y el tipo de asistencia requerida orientaría el seguimiento y grado de complejidad de la actividad clínica, siempre a cargo del mismo alumno, bajo supervisión docente.

La antigua costumbre de definir la capacidad docente de un servicio por el número de camas hospitalarias es, entonces, reemplazada en función de la proyección de la atención en todos los niveles, involucrando desde el puesto rural y el centro de salud hasta el dispensario urbano y el hospital general y especializado.

MEDIOS DE APOYO EN LA EDUCACION MEDICA

De acuerdo con la teoría de la comunicación social, el medio es el vehículo a través del cual se establece la relación entre el emisor y el receptor. En términos educativos el medio transmite un mensaje, que es el conjunto de estímulos de una secuencia de instrucción, y la estructura que organiza estos estímulos para que la información sea transmitida por un medio, constituye la forma de presentación.

La mayoría de los educadores esperan de la tecnología educativa y específicamente de los elementos de apoyo de la enseñanza, maneras de llevar mensajes de la realidad al aula o al ambiente especial de estudio (casa, laboratorio, etc.), en general, lejos de la realidad de donde se extrajeron los elementos que constituyen el mensaje.

Sin embargo, otra vez aquí se aplica la consideración que se señaló al principio. La tendencia de trasladar el proceso de enseñanza y aprendizaje de la “escuela” al ambiente de práctica profesional quita importancia a los medios en la transmisión de la información educativa, puesto que el mensaje en este caso es la propia realidad, que es objeto de trabajo y estudio.

La tecnología educativa, a su vez, experimentó esta evolución en su propio desarrollo y, a los medios de transmisión a distancia de mensajes estáticos, que utilizan la escritura, la imagen y el sonido, se sumarán elementos de apoyo que permiten la manipulación del contenido informativo y el juego con variables que favorecen un razonamiento lógico a través del uso de la computadora. En este caso, el medio está menos orientado a la reproducción a distancia de una realidad determinada que a la posibilidad de facilitar la interpretación crítica de la misma realidad sobre la cual se está trabajando.

En la práctica, la evolución descrita corresponde a la tendencia educativa que ha predominado en cada momento, y que a pesar de corresponder a

épocas distintas, subsiste en forma paralela en diferentes países, contextos e instituciones de la América Latina.

Transmisión unilateral

La relación más tradicional entre emisor y receptor (profesor-alumno) corresponde a una etapa de transmisión de mensajes en un sentido unilateral predominante, representada por la clase expositiva, con apoyo eventual de medios audiovisuales más convencionales y complementada por demostraciones, ya sea a nivel de laboratorios básicos o de casos clínicos.

Predominan los medios visuales fijos, tales como láminas en cartón, fotografías, diapositivas, etc., con una utilización muy limitada, de películas o "video-tape". Obviamente, en estos casos, se concede poca importancia a criterios taxonómicos para seleccionar los medios de instrucción; el material fundamental para estudio y consulta siguen siendo los apuntes de aula, medio original del modelo clásico de transmisión unilateral de mensajes educativos.

Este momento evolutivo, que todavía no incorpora a la biblioteca como fuente de información y concede poco valor al libro, como el más importante elemento de apoyo del proceso formativo, parece ser el que impera en los países en desarrollo.

Interacción en grupos

Una variante importante de este patrón tradicional, ocurre cuando se abandona la unilateralidad de la transmisión del conocimiento en favor de procesos interactivos entre emisor y receptor y, asimismo, de los receptores entre sí. Se opta por actividades en pequeños grupos, en las cuales, con algún grado de dirección tutorial se establece un amplio diálogo, manejando elementos de información y alternativas de solución a problemas específicos.

El profesor/tutor asume en este contexto un papel distinto del tradicional y se acerca más al papel del consultor, correspondiendo al alumno una participación más activa en la orientación de su aprendizaje.

En el trabajo en pequeño grupo con frecuencia se utiliza la biblioteca de medios audiovisuales para examinar, en programas de "diapositiva con sonido" o "video tape" en circuito cerrado de televisión, temas específicos, como motivación para el debate. En la práctica clínica la grabación por televisión de entrevistas con pacientes ha sido utilizada para un análisis crítico posterior, a nivel del grupo, del desempeño realizado.

En la medida que el alumno se libera de la dependencia en la información

transmitida (unilateral) aumenta gradualmente su interés por el libro y las publicaciones periódicas, a los que McLuhan (4) llama la "Galatea de Gutenberg" y que debe de constituir el principal vehículo de transmisión del conocimiento en un contexto de autoaprendizaje.

Autoformación

El extremo opuesto a la escuela tradicional está representado por la autoformación, la cual, aunque poco explorada en nuestro medio, tiene sin duda un gran potencial y constituye la tendencia evolutiva más clara en la educación médica. Esto sucede en estrecha correlación con la propia integración docente-asistencial, mencionada anteriormente, en la que la incorporación temprana a la realidad profesional pasa a ser el principal estímulo y orientación del proceso de aprendizaje que se desarrolla en forma independiente y bajo amplio control del propio estudiante.

Todo esto "parte del principio de que el aprendizaje es un proceso individual, llevado a cabo personalmente por cada individuo interesado en aprender algo, a un ritmo propio para cada uno, como respuesta a una motivación individual y a retribuciones personales" (5).

Si un estudiante puede ser adiestrado para aprender efectiva e independientemente, no tiene que recibir toda la información que puede asimilar antes de emprender un nuevo aprendizaje; él debe ser capaz de distinguir entre la información pertinente y no pertinente y tendrá habilidad para buscar en la literatura publicada la información adicional que necesite.

En el proceso de aprendizaje para el dominio se necesita contar con objetivos educacionales precisos, con amplias oportunidades de instrucción y con varias maneras posibles de interactuar con el objeto de estudio.

Los medios de apoyo, en este caso, incluyen los módulos de autoinstrucción, uso de simulaciones escritas, modelos biónicos, sistemas computarizados de autoevaluación, etc., que deben ser aplicados conjuntamente con el desempeño directo en la práctica clínica, en un contexto de participación capacitante.

Entre las críticas que se hacen a la utilización de medios de instrucción modernos están el desplazamiento del profesor y el uso impersonal y deshumanizante de estos materiales, lo cual solo sería válido en los casos de uso indiscriminado de la tecnología educativa disponible. En realidad, los medios de instrucción, en forma general, favorecen el desarrollo de prácticas de estudio independiente y sirven de apoyo al autoaprendizaje. En un contexto en que predomine este tipo de formación y en el cual el profesor y el estudiante trabajan juntos, compartiendo experiencias y observándose mutuamente, el uso apropiado de los recursos tecnológicos permite la manipulación artificial de tiempo, espacio y perspectiva y, con frecuencia, lleva

a un aumento del tiempo de interacción entre profesor y alumno, ahora en bases tutoriales, de asesoramiento individual.

Aquí se debe agregar, sin embargo, una palabra de cautela, en el sentido de que independientemente del grado de elaboración y, a veces, hasta sofisticación de la forma de presentación de un mensaje instructivo, el impacto educativo y el resultado en términos de la aplicación futura del conocimiento seguirán siendo función del contenido o elementos de información que hayan sido seleccionados en relación con el objeto de estudio específico. Esta aclaración tiene por objeto evitar que se utilicen los medios de apoyo para presentar mejor lo que, de hecho, nunca debería ser presentado.

El apoyo de la computación

Dicho esto, conviene discutir más detalladamente, la computación electrónica en apoyo de la formación médica, por la apertura metodológica que ya viene aportando y por el potencial que todavía tiene para desarrollo futuro.

La computadora tiene el potencial de reducir la necesidad de memorizar un amplio cuerpo de informaciones y asistir en el desarrollo de habilidades analíticas y de solución de problemas. Tiene aplicación especial en programas de estudios independientes, desarrollo de simulaciones, autoevaluación y, como se verá más adelante, en la automatización de sistemas de información bibliográfica, entre otros.

La simplificación que se observa a nivel del equipo con la introducción de las microcomputadoras para uso prácticamente individual, amplía las posibilidades de la utilización de la computación. Esta encuentra su mayor limitación en la carencia de programación (software) adecuada a las necesidades tanto de la educación médica como de la práctica clínica. Como señalaba un editorial reciente del *New England Journal of Medicine* "la tecnología de computación es muy bien aplicada en el procesamiento repetitivo de información explícitamente definida en tareas bien estructuradas—actividades que no requieran mucho de lo que se considera como 'razonamiento humano' "(2).

En la experiencia del Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud (CLATES), la importancia concedida al desarrollo de procesos de autoinstrucción llevó a la aplicación de minicomputadoras en el desarrollo de simulaciones clínicas y epidemiológicas y, posteriormente, a la adaptación de la autoevaluación tutorial, generada por la Ohio State University para el área de formación básica, y ampliada en CLATES para cubrir todo el curso médico. Esta experiencia resultó positiva para el propio alumno, en la orientación de su autoaprendizaje; para el profesor, al permitir un mejor seguimiento del aprovechamiento individual y colectivo; y para el

programa, por facilitar por retroalimentación los ajustes y cambios que se hacían necesarios.

LA INFORMACION BIOMEDICA

La importancia que asignan a la información bibliográfica en salud el promedio de las escuelas de medicina de América Latina parece estar en proporción inversa al potencial de esta misma información como recurso básico para la formación médica.

Estado actual en la América Latina

La pobreza de las bibliotecas de la Región se hizo evidente en una encuesta realizada por la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME) hace dos años, que demostró que de 396 bibliotecas en América Latina (incluidas las de escuelas y hospitales), 247 contaban con menos de 50 periódicos en sus colecciones y 70 no poseían ninguna revista en su acervo.

Aunque no haya consenso en cuanto al acervo ideal de una biblioteca para una escuela médica, si en términos modestos se estima un límite mínimo de 200 títulos de revistas, se encontraría que solo el 11% de las bibliotecas estudiadas cumplirían esta norma. Además, las bibliotecas existentes tienen colecciones de periódicos con muchas fallas; un mínimo de libros de texto poco actualizados; reducido personal, usualmentae no especializado; y poco o ningún equipo complementario. Del mismo universo del estudio citado, el 20% no cuenta con ningún personal capacitado y solo el 40% dispone de una fotocopidora.

Para agravar más esta situación se viene observando en los últimos años la reducción frecuente del número de suscripciones de revistas, debido a que su costo sigue en ascenso en relación con el presupuesto de las escuelas, el que, en la mejor de las hipótesis, se mantiene estabilizado (pero en valores absolutos y no actualizados para la inflación).

Si a esto se asocia la disminución progresiva de las ventas en el Programa de Libros de Texto, igualmente afectadas por la crisis económica que viven los países, podemos imaginar que todo el esfuerzo de perfeccionamiento de la formación, centrado en la accesibilidad a la información impresa, se encuentra en deterioro, quedando únicamente la posibilidad de volver a los apuntes de aula.

El énfasis que se da a la descripción de una situación que podría clasificarse como calamitosa, tiene el propósito de poner de relieve la distorsión frecuente de preocuparnos de las tecnologías sofisticadas cuando no logra-

mos disponer de los elementos más básicos de apoyo docente—el libro, la revista médica, la biblioteca.

Funciones transcendentales de la biblioteca

La biblioteca, como elemento de apoyo en la escuela médica, cumple en primer lugar un importante papel como instrumento del desarrollo de las propias ciencias de la salud, constituyendo con su literatura primaria el principal núcleo de información de los profesores, investigadores y estudiantes de posgrado, con lo cual no solo se mantienen al día de los nuevos conocimientos que se producen en salud sino que también se convierten en productores potenciales de otros conocimientos más.

En un contexto más amplio, que involucra la escuela médica, que le sirve de sede, y todos los profesionales de salud de su área de influencia, la biblioteca cumple la función de ser un instrumento de actualización permanente, constituyendo uno de los principales elementos de apoyo de la educación continua.

A través de su colección secundaria, la biblioteca provee la referencia de informaciones en un ámbito mucho más amplio de lo que ella misma pueda contener en su acervo, y por ende, debe constituir el canal de comunicación para la obtención de este conocimiento que extrapola sus propias limitaciones.

Por último, para los alumnos de pregrado, la biblioteca no solo representa el repositorio del libro de texto u otras formas de paquetes instruccionales multimedios, sino que también proporciona la oportunidad para los primeros contactos con la literatura primaria, induciendo el hábito de lectura y autoaprendizaje, para su posterior actualización permanente.

Red de información

En el cumplimiento de estas funciones y teniendo en cuenta la gran diversificación de los campos de trabajo en salud, el aumento explosivo del conocimiento, el crecimiento del número de publicaciones y el ascenso exponencial de su costo, la biblioteca se ha visto en la contingencia de buscar un amplio acercamiento con sus congéneres, reemplazando la aparente autosuficiencia del pasado por un intercambio compartido de sus colecciones, en una verdadera red nacional e internacional de información y documentación en salud. En el caso de América Latina, el foco de esta tendencia fue, sin duda, la creación de BIREME, en el decenio de 1960, que constituye hoy un instrumento de promoción y apoyo de las redes nacionales de información en salud, ofreciendo el recurso de referencia, tanto a nivel

mundial por el MEDLINE como regional por el *Index Medicus* Latinoamericano (IMLA) y actuando como biblioteca de retaguardia con el más grande acervo de publicaciones de América Latina y el Caribe.

Selectividad

En relación con el contexto institucional de la escuela médica individual se debe hacer la aclaración de que ya el tamaño del acervo no puede considerarse en forma aislada como parámetro de adecuación de las bibliotecas. La cantidad de la información disponible cede lugar a la calidad de la misma en la medida en que la preocupación por disponer de toda la información es reemplazada por el interés de obtener la información de mayor valor. De hecho, el disponer de información excesiva puede generar lo que se conoce como "polución de la información" en la cual se dispersan los conocimientos verdaderamente importantes, que llegan a pasar desapercibidos.

Warren y Goffman (7) de la Fundación Rockefeller, en una extensa revisión de la literatura sobre esquistosomiasis, en un período de 110 años, encontró 10.286 citas dispersas entre 1.738 periódicos diferentes y demostró que un tercio de esta información estaba concentrada en 19 revistas y el 50% en 50 periódicos, lo que prueba que la mitad del conocimiento disponible se podría obtener en menos del 3% de la literatura existente.

Lo mismo se puede analizar por la circulación de los periódicos, como lo hizo Goffman (8), de la Case Western Reserve University, demostrando que solamente 371 de 3.000 revistas (12,4%) circularon en un mes 876 veces y que la mitad de esta circulación (438) correspondió a 76 de aquellas revistas (2,5%). En cuanto a esto, el 50% de los periódicos de esta colección circuló una sola vez en ese mismo mes.

Por otro lado, las escuelas se enfrentan con el alto costo de mantener un número significativo de suscripciones de periódicos, cuando eventualmente solo una pequeña parte de las revistas tiene una utilización adecuada.

En BIREME se observó que las 10 revistas de mayor circulación fueron solicitadas 38.000 veces durante un año, con un costo unitario por usuario de 0,07 centavos de dólar; en cuanto a los últimos 10 periódicos, de los 300 más usados, fueron solicitados 2.100 veces, lo cual representó un costo unitario por usuario de 1,85, o sea, un costo 26 veces más alto que el costo de los 10 primeros periódicos más utilizados.

Asimismo, en la colección completa de BIREME, que consiste de 1.500 títulos, se llega a extremos en que determinado periódico se solicitó una sola vez y este uso correspondió entonces al costo total de la suscripción, que en un caso alcanzó el valor de 670 dólares. Vale informar que el costo de suscripción se ha multiplicado, en promedio, nueve veces en los últimos 10 años, alcanzando en publicaciones de gran uso (como la revista *Lancet*) un aumento promedio de 160% al año (de 18 a 320 dólares en 10 años).

BIREME publicó los *Requisitos mínimos para la organización y el funcionamiento de la biblioteca de una escuela de medicina*, donde introducía ya la idea de selectividad y proponía un total de 100 revistas básicas y clínicas, escogidas como las de mayor utilidad. Este tipo de listado es obviamente válido y puede ser reajustado en cada caso, de acuerdo con la investigación bibliométrica que desarrollen las bibliotecas locales.

Los índices de utilización, análisis de citas y estudios de revisiones bibliográficas pueden ser elementos útiles en la toma de decisión relativa al acervo que deba tener cada escuela.

A esta idea de selectividad de las colecciones se debe agregar la posibilidad de compartir los acervos a través del préstamo interbibliotecario, en el esquema de la redes de información referido anteriormente. Sin embargo, tales soluciones de racionalización deberían empezar en el interior de las propias escuelas, eliminándose las duplicaciones que ocurren entre bibliotecas departamentales, o de varios servicios hospitalarios de una misma facultad, algunos incluso con colecciones más ricas que la misma biblioteca central de la escuela.

Referencia selectiva

Por último, para asegurar la funcionalidad de un sistema de información bibliográfica en los términos descritos, será necesario contar con adecuados sistemas de referencia y, asimismo, aplicar a estos instrumentos de referencia los mismos criterios de selectividad señalados anteriormente. A pesar de los esfuerzos realizados por la OPS y BIREME se ha hecho imposible extender la accesibilidad del sistema MEDLARS, en contacto directo (online), a toda la América Latina. Los sistemas de comunicación directa aislados establecidos individualmente por algunos países han resultado en costos excesivos que a veces alcanzan hasta EU\$50,00 por cada búsqueda bibliográfica.

Hoy, incluso a nivel de BIREME, y como resultado de los estudios bibliométricos realizados, se tienen dudas de la necesidad real del sistema total. Esta duda la comparten con nosotros varios centros en países más avanzados, lo cual los ha llevado a desarrollar nuevos mecanismos de referencia que contienen subconjuntos seleccionados del MEDLARS, como el que se conoce como "paper-chase" desarrollado en el Beth Israel Hospital, en Boston y el Telenet Medical Information Network, en Virginia, entre otros.

En la medida que estos u otros subconjuntos, ajustados a la necesidad local, sean adoptados se podrá prescindir de la dependencia actual de grandes computadoras de costo inaccesible, y adoptar, a nivel de cada escuela, sistemas minicomputarizados con disco de laser, de gran capacidad de memoria y a un costo hasta 50 veces inferior al MEDLARS convencional.

CONCLUSION

Hemos llegado al final de estas consideraciones y nos damos cuenta que entre los diversos aspectos tratados, desde el ambiente físico, en que la "región de salud" reemplaza la vivencia exclusiva del hospital terciario, hasta las tecnologías orientadas a la solución de problemas y los recursos sofisticados de la computadora—que han revolucionado el uso de los sistemas de información bibliográfica—hace falta algún elemento de unión, el denominador común que relacione estos diferentes medios de apoyo de la educación médica, y los oriente en función de un permanente perfeccionamiento de todo el proceso.

En el contexto en que vivimos, en la era de la información, por primera vez en la civilización la práctica consiste en la interacción de las personas, las unas con las otras. Esto aumenta geoméricamente las transacciones personales, en todas las formas de comunicación interactiva.

Las innovaciones en las comunicaciones y la tecnología de la computación están acelerando el proceso de cambio, a través del colapso de la fluctuación de la información. El flujo más rápido de la información a través de los canales de comunicación acercan a los emisores y receptores de todos los mensajes, incluso los educativos.

Allí se establecen las bases para la integración docente asistencial y el trabajo conjunto de profesores y alumnos en el mismo contexto de servicio directo a la comunidad.

Allí se dan las condiciones ideales para la autoinstrucción tutorial y para un continuo perfeccionamiento de la capacidad interpretativa y razonamiento lógico.

Allí se logra la adecuación de los mecanismos de recolección, análisis y diseminación de la información biomédica, en términos de selectividad e intercambio, a nivel de la escuela y del servicio de salud.

Allí se realiza, igualmente, la actividad creativa de la investigación, generando nueva información, tanto en el campo biomédico como clínico y social, tendiente a acelerar la búsqueda de soluciones a los problemas de salud.

Y vemos todo esto como la verdadera administración del conocimiento, con base en la sistematización de su producción, racionalización de su transmisión y amplio aprovechamiento de su diseminación en el contexto de la escuela médica y de las profesiones de la salud en general.

RESUMEN

Existe una tendencia definida en las escuelas de medicina hacia cambios inexorables en la formación del médico. Esta transformación de la educación médica abarca desde los esquemas más tradicionales, predominantes en las

escuelas de medicina de la América Latina, hasta las orientaciones más modernas y complejas, aun cuando estas juegan un papel relativamente minoritario en muchos países.

En este artículo se examinan los elementos de apoyo indispensables en cada etapa de esa evolución: bibliotecas, medios de comunicación, recursos y tecnologías docentes y materiales, y facilidades hospitalarias y de laboratorio. Describe asimismo la influencia que cada uno de esos medios ejerce sobre la formación del médico.

Estima el autor que el denominador común que debe existir entre todos los aspectos de la educación médica, desde el ambiente físico del estudiante hasta los recursos sofisticados representados por las computadoras, ha de ser la interrelación personal. El acercamiento de los emisores (profesores) y receptores (estudiantes) de la información, en un contexto de integración docente-asistencial, ofrece las condiciones ideales para que las profesiones de salud aprovechen al máximo la racionalización y administración del conocimiento y desarrollen la experiencia necesaria en la práctica médica.

REFERENCIAS

- (1) White, K. L. Life and death and medicine. *Scientific American* 229:23-33, 1973.
- (2) Guerrero, R. Medical Schools, Hospital and Health Departments in Colombia. En: Lipkin y Lybrand (eds.), *Population-Based Medicine*. Nueva York, Praeger, 1982, págs. 118-124.
- (3) Evans, J. R. *Measurements and Management in Medicine and Health Services*. Nueva York, The Rockefeller Foundation, 1981.
- (4) McLuhan, H. M. *Understanding the Media. The Extensions of Man*. Nueva York, McGraw Hill, 1964.
- (5) Alvarez Manilla, J. M., et al. ¿Por qué la televisión educativa? *Educ Méd Salud* 8(2):180-190, 1974.
- (6) Barnett, G. O. The computer and clinical judgment. *N Engl J Med*, 19 de agosto de 1982, págs. 493-494.
- (7) Warren, K. S. y W. Goffman. *Analysis of a Medical Literature: A Case Study. Working Papers*. Nueva York, The Rockefeller Foundation, 1978.
- (8) Goffman, W. The Ecology of the Biomedical Literature and Information Retrieval. En: Warren, K., *Coping with the Biomedical Literature*. Nueva York, Praeger, 1981.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez Manilla, J. M. Metodología de la enseñanza de la medicina del futuro— Empleo de modelos, métodos heurísticos y sistemas de autoenseñanza. *Educ Méd Salud* 8(2):150-157, 1974.

Alvarez Manilla, J. M., et al. ¿Por qué la televisión educativa? *Educ Méd Salud* 8(2):180-190, 1974.

Babbott, D. y W. D. Halter. Clinical problem-solving skills of internists trained in the problem-oriented system. *J Med Educ* 58:947-952, diciembre de 1983.

Barnett, G. O. The computer and clinical judgment. *N Engl J Med*, 19 de agosto de 1982, págs. 493-494.

BIREME. Requisitos mínimos para la organización y el funcionamiento de la biblioteca de una escuela de medicina. OPS/BIREME, Serie de BIREME No. 2, 1972.

Cos, K. R. y C. E. Ewan. *The Medical Teacher*. Melbourne, Churchill Livingstone, 1982.

Evans, J. R. *Measurement and Management in Medicine and Health Services*. Nueva York, The Rockefeller Foundation, 1981.

Ferreira, J. R. Tecnología educacional en el proceso de formación de personal de salud. *Educ Méd Salud* 8(2), 131-139, 1974.

Ferreira, J. R. La necesidad de una colaboración efectiva entre la educación médica y el servicio de salud. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, Ginebra, 1981, pág. 244.

Ferreira, J. R. A Qualidade da educação médica. XX Congresso Brasileiro de Educación Médica. Ribeirão Preto, Brasil, diciembre de 1982.

Ferreira, J. R. Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000. *Educ Méd Salud* 17(1):54-68, 1983.

Fuhrman, F. A. *Multidiscipline Laboratories for Teaching Medical Sciences*. California, Stanford University School of Medicine, 1968.

Goffman, W. The Ecology of the Biomedical Literature and Information Retrieval. En: Warren, K., *Coping with the Biomedical Literature*. Nueva York, Praeger, 1981.

Guerrero, R. Medical Schools, Hospitals and Health Departments in Colombia. En: Lipkin y Lybrand (eds.), *Population-Based Medicine*. Nueva York, Praeger, 1982, págs. 118-124.

Hunt, A. D. y L. E. Weeks. *Medical Education since 1960—Marching to a Different Drummer*. Ann Arbor, The Michigan State University Foundation, 1980.

Kalache, A. y M. A. Machado. O uso do computador na avaliação formativa: *Educ Méd Salud* 8(2):191-204, 1974.

Lobo, L. C. O uso de nova tecnologia educacional na formação de recursos humanos. *Educ Méd Salud* 8(2):140-149, 1974.

McLuham, H. M. *Understanding the Media. The Extensions of Man*. Nueva York, McGraw Hill, 1964.

Neghme, A. *Problemas universitarios contemporáneos. Análisis Crítico*. Santiago, Chile. Editorial Universitaria, 1983. págs. 51-97.

Rodríguez, F. Datos estadísticos de BIREME. Comunicación personal, 1984.

Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, E.U.A. *Medical School Facilities—Planning Considerations*. Washington, D.C., Servicios de Salud Pública, 1961.

Sonis, A. Status and Needs of the Libraries of Latin American Medical Schools. En: *Selective Libraries for Medical Schools in Less-Developed Countries. Working Papers*. Nueva York, The Rockefeller Foundation, 1980.

Trzebiatowski, G. L. Independent Medical Studies: Their Potential Impact on the Health Care System. Proceedings of a conference at Pan American Health Organization. Washington, D.C., OPS; Serie Desarrollo de Recursos Humanos, No. 49, 1976.

Warren, K. S. y W. Goffman. *Analysis of a Medical Literature: A case Study, Working Papers*. Nueva York, The Rockefeller Foundation, 1978.

White, Kerr L. Life and death and medicine. *Scientific American* 229: 23-33, 1973.

THE ROLE OF SUPPORT FACILITIES IN MEDICAL EDUCATION

(Summary)

There is a definite and inexorable trend in medical schools toward changes in the training of physicians. This transformation of medical education is being seen in the most traditional schemes, which predominate in the medical schools of Latin America, and the most modern and complex approaches, even though they are relatively a minority phenomenon in many countries.

This article examines the support facilities needed at each stage of this evolution: libraries, communication media, teaching and physical resources and technologies, and hospital and laboratory facilities. It also describes the influence of each of them on the physician's training.

The author is of the view that the common denominator among all aspects of medical education, from the student's physical environment to the sophisticated resources embodied in computers, must be the interpersonal relationship. The ideal situation in which the health professions can profit fully from the rationalization and management of knowledge in the medical school setting is one of rapprochement between the transmitters (teachers) and receivers (students) of information, whether medical or in any other subject.

O PAPEL DOS ELEMENTOS DE APOIO NO ENSINO MÉDICO (Resumo)

Nas escolas de medicina existe uma tendência definida a mudanças inexoráveis na formação do médico. Essa transformação do ensino médico abrange desde os esquemas mais tradicionais, predominantes nas escolas de medicina da América Latina, até as orientações mais modernas e complexas, embora estas desempenhem um papel relativamente minoritário em muitos países.

Esse artigo examina os elementos de apoio indispensáveis em cada etapa dessa evolução: bibliotecas, meios de comunicação, recursos e tecnologias didáticas, e materiais e instalações hospitalares e de laboratório. Descreve também a influência que cada um desses meios exerce sobre a formação do médico.

O autor considera que a inter-relação pessoal deve ser o denominador comum que deve existir entre todos os aspectos da educação médica, desde o ambiente físico do estudante até os recursos sofisticados representados pelos computadores. A aproximação dos emissores (professores) e receptores (estudantes) da informação, em um contexto de integração de treinamento e serviço, oferece as condições ideais para que as profissões de saúde aproveitem ao máximo a racionalização e generem a experiência necessária na prática médica.

LE ROLE DE L'INFRASTRUCTURE DE SOUTIEN DANS L'ENSEIGNEMENT DE LA MEDECINE (*Résumé*)

Les écoles de médecine tendent à introduire des modifications inéluctables dans la formation du médecin. Cette transformation porte aussi bien sur les schémas plus traditionnels, notamment dans les écoles de médecine d'Amérique latine, que sur des orientations plus modernes et complètes, bien que celles-ci jouent un rôle relativement mineur dans plusieurs pays.

Cet article examine les éléments indispensables qui sous-tendent chaque étape de cette évolution: bibliothèques, moyens de communication, ressources et techniques d'enseignement et le matériel, infrastructures hospitalières et laboratoires. Il décrit aussi l'influence que chacun de ces moyens exercent sur la formation du médecin.

L'auteur estime que les rapports personnels sont le dénominateur commun qui doit exister entre les différents aspects de l'enseignement médical, depuis le cadre physique de l'étudiant jusqu'aux ressources complexes représentées par les ordinateurs. Le rapprochement entre les pourvoyeurs (professeurs) et les bénéficiaires (étudiants) de l'information dans un contexte d'intégration entre la formation et l'assistance, offre aux professionnels de la santé les conditions idéales leur permettant de profiter au maximum de la rationalisation et de l'administration des connaissances et d'acquérir l'expérience nécessaire à la pratique de la médecine.

Políticas de recursos humanos para la salud: una propuesta para su formación¹

JORGE HADDAD² Y FRANCISCA H. DE CANALES³

INTRODUCCION

A raíz de la resolución de los países del mundo y de la Organización Mundial de la Salud, que establece un compromiso universal para alcanzar, alrededor del año 2000 mejores niveles de salud en todas las latitudes del mundo, ha habido necesidad de promover nuevos enfoques y nuevas formas de abordaje para los múltiples problemas implicados en el proceso para lograr esa meta. Entre estos, el componente de desarrollo de personal de salud es uno de los fundamentales, y como consecuencia de lo anterior, se ha promovido en todas partes una inquietud por *analizar* lo que sucede actualmente en el campo de la planificación, la formación y la utilización del personal, *confrontar* luego los resultados de ese análisis con lo que demandan las estrategias mundiales, regionales y nacionales para poder alcanzar la meta propuesta, *identificar* las deficiencias y las discrepancias existentes entre ambas situaciones, y *deducir* posibles alternativas de solución a las mismas.

En el análisis que han llevado a cabo a la fecha tanto la Organización Panamericana de la Salud como varios de los países de la Región sobre el problema, resalta de inmediato, como uno de los condicionantes negativos de la situación, la ausencia de un mecanismo regulador de las actividades, y la falta de directrices claras que orienten el pensamiento y la acción de los responsables del problema hacia un objetivo preciso y bien definido, en relación con las necesidades del país y del Plan Nacional de Salud en cuanto a planificación, formación y utilización de sus recursos humanos en el campo de la salud.

“Se hace necesario, en consecuencia, establecer un ordenamiento, fijar lineamientos, involucrar en la acción, de una manera coordinada y congruente con los propósitos, a todas aquellas instituciones y dependencias, estatales y privadas que forman el recurso humano, y las que lo utilizarán después de formado”... (1).

¹Apareció también como Publicación PASCCAP No. 15, 1984.

²Coordinador, Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCCAP).

³Departamento de Educación en Enfermería, Universidad Autónoma de Honduras. Coordinadora del Grupo de Referencia del Programa Centroamericano de Investigación Educativa, PASCCAP.

Si la planificación de los recursos humanos debe formar parte integral de la planificación de los servicios y programas de salud; si la formación del personal de salud debe ser coherente con las necesidades de la política de salud; si la utilización del personal formado debe reflejar una respuesta apropiada a las demandas que sirvieron de base a la planificación y a la formación antes mencionadas, es necesario definir mecanismos y orientaciones que faciliten esos propósitos. Es necesario, en suma, definir una política de desarrollo de los recursos humanos para el sector.

Ello implica, por supuesto, que los países tengan primero una concepción clara de lo que es el sector salud, de las metas y objetivos a alcanzar en salud, y del proceso que les llevará a alcanzar esas metas y objetivos, en el plazo deseado. "La indefinición política del sector salud en general, en muchos países, es la causa de la ausencia de políticas de recursos humanos" (2).

El Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales refleja esa inquietud al proponer, en los enfoques y en las áreas de acción para el componente de desarrollo de recursos humanos, la definición, la promoción y la instrumentación de políticas de recursos humanos para la salud "coordinadas con la política nacional de recursos humanos y con los planes nacionales de salud" (3).

En el área centroamericana, el Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCCAP) ha iniciado, desde 1982, un proceso tendiente a la revisión de todo el componente de recursos humanos, para que este sea un instrumento de respuesta efectiva a las aspiraciones del sector salud; dicho proceso se inicia con el aspecto de políticas de recursos humanos. El resultado de los estudios llevados a cabo por PASCCAP y varios grupos nacionales, un nuevo dimensionamiento del problema, y la conformación de una metodología para lograr concretar las distintas ideas y aproximaciones que se han externado en distintas instancias, países y momentos, así como el resultado de las primeras experiencias sobre el terreno, desean ser comunicadas por los autores a las entidades y personas que se interesan en este tema; concretar ese deseo es el propósito de este trabajo.

¿QUE ES UNA POLITICA DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD?

En la línea de pensamiento que esboza el Plan de Acción ya mencionado, una política de recursos humanos para la salud tiende a regularizar las acciones, hasta ahora dispersas, de formación de personal de salud, a hacer coherentes estas acciones con los lineamientos de la planificación previa, y a utilizar al personal en una forma que resulte apropiada para las motivaciones que orientaron el proceso y *las características de su formación*.

Tiende, en suma, a racionalizar el gasto, a reducir los costos, a normatizar y regularizar acciones, a uniformar procedimientos cuando *proceda*, a establecer un marco de referencia general del problema, a coordinar acciones entre las distintas entidades formadoras, y entre estas y las utilizadoras, a definir parámetros para la planificación a corto, mediano y largo plazo, a establecer prioridades programáticas y geográficas, a propiciar el uso racional de los recursos tecnológicos disponibles, a darle un sentido de realidad a los programas de formación y utilización de personal, a utilizar la investigación operativa y educacional en la búsqueda de alternativas de solución, a movilizar los recursos nacionales disponibles para la empresa, a promover el estudio y el análisis crítico del trabajo de desarrollo de personal, a hacer coherente el modo de trabajar en recursos humanos con las políticas generales de desarrollo del país, a pensar en un plazo de muchos años por venir, y no solo para el momento actual percedero y transitorio.

Una buena política tenderá a basarse cada vez más en un proceso consciente de selección de alternativas, y a sacrificar valores técnicos solo en función de valores políticos realmente sustantivos y trascendentes... (4).

Una política está construida por lineamientos de carácter general que decide adoptar, promover e impulsar el Estado, para imprimir a un proceso una dirección que considera deseable, conveniente o necesaria (1,4).

Formular una política es formular una orientación en un sector de la vida nacional (5,6,7). La idea de orientación o conducción, es un elemento básico en el concepto de política (4). En otras definiciones modernas, se subrayan los elementos técnicos: *sistema* particular que adopta un gobierno; *normas* de conducta en presencia de los fenómenos que requieren la intervención del Estado; establecimiento de una *secuencia de acción*, *curso de eventos*, adopción de un *método de acción*, elección de una *alternativa*, *curso o método de trabajo*... (8).

Una política de recursos humanos debe ser coherente con las estrategias nacionales en salud, *relevante* en relación con los propósitos generales del Estado, *objetiva* en el análisis y los lineamientos que se establezcan, *concreta* en el modo de tratar el problema, y *viable* en términos de recursos, decisión política y capacidad operativa... (1).

Jorge Andrade, estudioso de los problemas de personal de salud, de origen venezolano, escribió advertencias fundamentales, que preferimos copiar íntegramente a continuación:

“Una política es, ante todo, una declaración de orientación general; es el enunciado de los principios fundamentales, la fijación de los objetivos principales y de las grandes líneas de acción que se pretende seguir. Es, frecuentemente, una orientación inicial que se promulga en las primeras etapas de un curso de acción. No se concebiría fijar una política al término de un programa o en la mitad de una fase de ejecución. De allí, una doble dificultad; dar una orientación general, pero, a la vez, suministrar criterios para actuar en situaciones

concretas; dar una orientación inicial y precoz que supone, sin embargo, un análisis cuidadoso de las alternativas posibles y una elección esclarecida. La necesidad de actuar rápida, pero acertadamente, sin ser demasiado general ni demasiado detallista, plantea el problema del nivel de formulación de una política.

La formulación debe evitar dos errores: el primero y más común, consiste en una formulación declamatoria de grandes principios: Libertad, Progreso, Derecho a la Salud, etc., que si bien tienen un indudable valor de orientación, han sido igualmente utilizados para legitimar acciones totalmente opuestas. A este nivel, la política tiene "una amplitud, una vaguedad que la hace inútil como guía de acción".

El otro error es la formulación "pragmática" o "realista", que baja al detalle minucioso y a los casos específicos. La política se convierte en un listado de acciones-forzosamente incompleto- sin que aparezca la lógica conductora o los principios fundamentales. Una formulación de este tipo resulta muy pronto inoperante" (4).

Todos los elementos mencionados, en suma, conforman la idea fundamental alrededor del problema, y proveen una base sólida para la creencia, poco aceptada desafortunadamente, de que todas las acciones de desarrollo de personal deberían estar basadas en una definición política real, concreta, y a la vez flexible y ajustable a los cambios y situaciones imprevistas. Esta afirmación cobra mayor fuerza en un momento en que faltan acciones operativas y lineamientos precisos sobre cómo es que podemos llegar a la ansiada meta fijada para dentro de 16 años.

¿CUALES SON LOS ELEMENTOS DE UNA POLITICA DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD?

Partamos del hecho de que una política de recursos humanos para la salud debe formar parte de una política nacional de recursos humanos; debe ser coherente con la política de salud, y debe reflejar el espíritu y las expectativas del Plan General de Desarrollo del país. No podemos concebir una política de recursos humanos para la salud efectiva, ni concedemos a ella ninguna posibilidad de llenar su cometido, si no llena los requerimientos de interrelación mencionados.

Es preciso conocer y analizar la dirección y orientación que lleva el país en la lucha por superar su situación actual en términos amplios del desarrollo de la vida nacional...

Es fundamental conocer los objetivos, propósitos y alcances de la política de salud del Estado...

Es necesario estar conscientes de las situaciones que imposibilitan o dificultan las acciones previstas por las instituciones en relación con lo anterior...

Es fundamental conocer las estrategias nacionales en salud, entendiendo como tal la identificación de las implicaciones que tienen, su factibilidad o viabilidad, su garantía de ser soluciones permanentes a los problemas presentes y futuros previsibles...

Es recomendable generar y mantener expectativas reales y objetivas, fundamentales en realidades nacionales y concretas... (1).

En otras palabras, una política de recursos humanos para la salud parte de un *marco general*, que no es otro que el análisis del derrotero señalado de la vida nacional, según las orientaciones que el estado impulsa; las necesidades en salud, las tendencias demográficas, el desarrollo social y económico previsible, los perfiles epidemiológicos que determinan los programas y servicios, las prioridades en salud, las previsiones financieras a corto, mediano y largo plazo, son aspectos cuyo abordaje no puede hacerse realísticamente si no es con un fundamento en las características actuales y futuras esperadas de la nacionalidad entera. Los planes generales de desarrollo, cuando existen, proveen, en buena parte de los casos, los elementos de juicio para la configuración de este marco general. Ello permitirá reflejar en los distintos elementos subsiguientes de la política, el grado de importancia que para el estado tiene el problema, lo que a su vez regulará las expectativas en cuanto a las soluciones que se propongan, dentro de la misma política, a los distintos aspectos de la problemática; las recomendaciones y lineamientos serán así, más realistas y objetivos.

Partir de un marco general, por otra parte, ofrece la posibilidad de interpretar los *grandes principios ideológicos o teóricos* que fundamentan las acciones gubernamentales en el campo de salud y en los campos relacionados con este. Permite además la proposición de *objetivos generales a largo plazo*, asegurando la coherencia operacional además de la coherencia ideológica mencionada; de este modo, los objetivos serán generales en cuanto a que se refieren al recurso humano en general; y serán a largo plazo (en realidad finales), que puedan orientar las acciones intermedias del corto y mediano plazo.

Otro aspecto fundamental, dentro del marco general es el de los condicionantes sociales y económicos, puesto que la época actual, de crisis financiera mundial con tendencia al agravamiento limita las posibilidades tanto de acciones de formación de personal, como de su ulterior utilización. A ello se agrega, como hecho negativo, la dificultad existente en la mayoría de los países en desarrollo, para hacer previsiones y proyecciones financieras para mediano y largo plazo. Las dotaciones de recursos para las instituciones formadoras no permitirán en los próximos años un incremento de las actividades educativas que en el momento actual implican altas inversiones; una política de recursos humanos en salud que trate de solucionar estas limitantes deberá propender a la búsqueda de modalidades educacionales de menor costo y mayor rendimiento de los recursos disponibles.

Los elementos siguientes de la política, se desprenden todos de este marco general (Figura 1).

En cuanto a las *necesidades de personal*: el análisis de la política de salud y

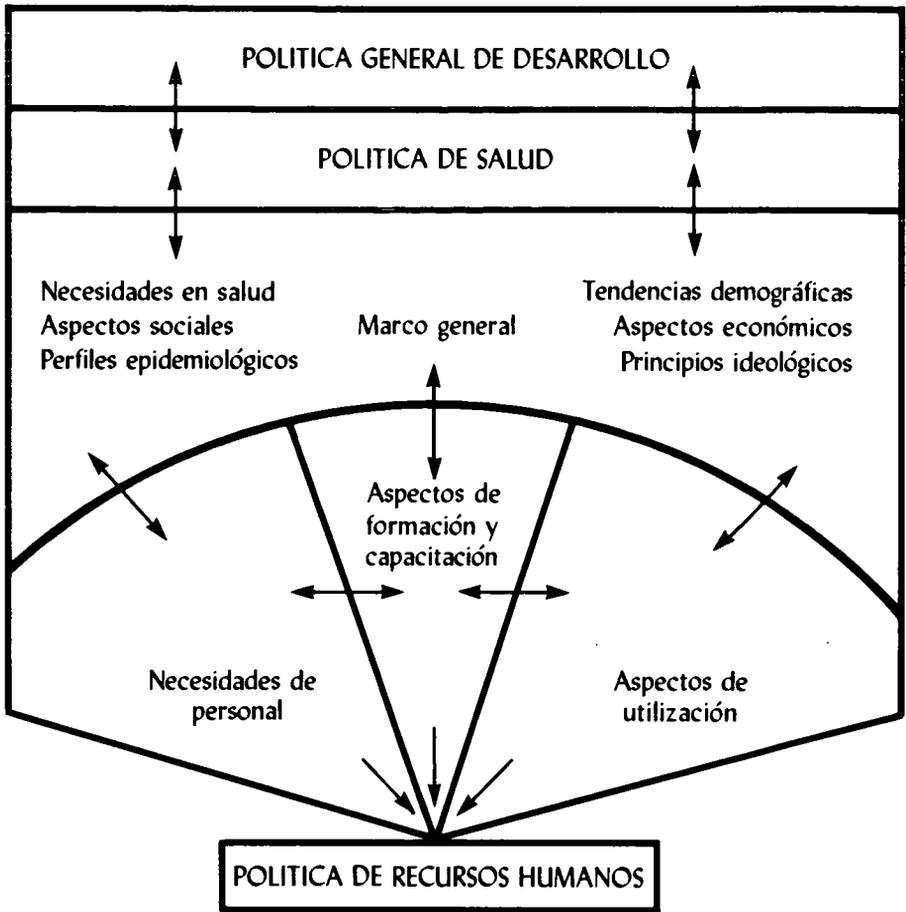


Figura 1

de los planes y programas previstos, provee los elementos de juicio (criterios) para que los planificadores puedan estimar la cantidad y calidad de personal requerido, con indicaciones sobre el tipo de recurso humano, la estructura deseable de este recurso humano, el contenido y características que debe tener su formación; orientará además hacia la definición de prioridades programáticas y geográficas, y establecerá, finalmente, criterios para fijar plazos y metas, en función de la estructura prevista de los servicios.

En cuanto a los *aspectos de formación y capacitación*: esto implica un análisis de las características que tienen las instituciones formadoras de personal en la actualidad, sus facilidades y recursos, la tecnología prevalente y las modalidades educativas en uso en el país; la capacidad nacional, en suma,

para la formación de personal de salud. El resultado del estudio deberá confrontarse con las demandas del plan de salud, para luego proceder a la formulación de alternativas para solucionar las discrepancias y desajustes. La política de recursos humanos en salud deberá seleccionar la o las alternativas más viables y realistas en lo que se refiere a metodologías educativas factibles en el país, impulsando el interés por la investigación para identificar los métodos más apropiados, la necesidad de incrementar la dotación de recursos de todo tipo para las acciones educativas, los mecanismos para diseñar currículos basados en necesidades de servicio mediante estudios y análisis ocupacionales, los mecanismos que garanticen una capacitación permanente de todo el personal, la integración de la formación con el trabajo concreto, la duración de los estudios, los modos de reclutamiento de aspirantes, el uso racional de materiales educacionales autóctonos que enfatizen en las áreas prioritarias de salud y permitan su utilización tanto en los ambientes sofisticados como en las áreas rurales.

Una política de recursos humanos formulada para la realidad de los países en las postrimerías del Siglo XX probablemente deberá romper con una serie de mitos educativos que han tenido su origen en latitudes diferentes, y para dar respuesta a problemas diferentes.

En cuanto a los *aspectos de utilización*: ha sido este uno de los aspectos más olvidados del problema, y en consecuencia, un área particular de dificultades diversas. Una política debería formular lineamientos precisos no solo para las instituciones empleadoras del personal, sino para aquellas dependencias del estado encargadas de la regulación laboral y de la normatización y legislación sobre aspectos de personal. El abordaje del problema debe hacerse tanto desde el punto de vista de la administración de personal (reclutamiento, retención, incentivos, promociones, estabilidad, distribución), como desde el ángulo de la correcta utilización técnica del personal (mantenimiento de altos niveles de capacitación, educación permanente, supervisión capacitante apropiada, vinculación permanente de las instituciones formadoras a este personal, que impida la desconexión brusca de ellas con el trabajador, que ocurre inevitablemente al concluir los estudios "formales").

La organización de todos estos elementos en una unidad integral, secuente, formulados como recomendaciones afirmativas, coherentes, realistas, objetivas, prácticas, y con una estrecha ligadura a los objetivos del país y del sector salud, da por resultado la política de recursos humanos del país.

Pero las bondades de la misma no se evidencian al momento de tenerla formulada y promulgada. La misma deberá ser sometida a continuos ajustes y revisiones, y la aplicación gradual, en la práctica, de los lineamientos que la constituyen, solo se garantiza *si la misma política establece los mecanismos para su seguimiento y monitoría*. La creación de comisiones y grupos nacionales, multiinstitucionales, encargados del desarrollo de todo el proceso de recur-

sos humanos, que a la vez se convierten en responsables de la ejecución de la política, parece ser la alternativa más apropiada para garantizar el reordenamiento que se propone el país. Si el país opta por esta modalidad, los grupos y comisiones mencionadas deben tener todo el respaldo político de parte de las instituciones involucradas, y la suficiente autoridad para negociar con las entidades formadoras y utilizadoras, el mejor modo de cumplir con los ordenamientos propuestos.

¿QUIEN FORMULA LA POLITICA DE RECURSOS HUMANOS?

La situación concreta que a menudo se presenta en los países en desarrollo, obliga a reconocer varias instancias:

- Quienes se preocupan por las consecuencias de la falta de un ordenamiento en el manejo del problema de desarrollo de recursos humanos, y buscan la forma de transmitir esa preocupación a las instituciones y sus autoridades.

- Quienes, al frente de instituciones del sector salud, acogen la iniciativa, y toman la decisión de promover y respaldar las acciones tendientes a que se formule una política.

- Quienes participan en los primeros intentos para conformar "un documento", exploran el problema, a menudo lleno de incógnitas, y realizan esfuerzos tendientes a presentar una primera aproximación del problema, a sus autoridades.

- Quienes por razón de su trabajo normal, son encargados por sus instituciones de revisar, dictaminar, elaborar, aportar, aconsejar, recomendar, ampliar y eventualmente, producir otro "documento" para que las autoridades tomen la decisión que, a su juicio, es la más apropiada.

- Quienes desempeñan funciones en organismos internacionales de cooperación al país y son llamados a apoyar técnicamente los grupos e instituciones interesados en el problema.

- Nuevamente, los responsables máximos de las instituciones del sector, que deberán tomar la decisión pertinente para concretar en acciones los productos de todo el trabajo de los grupos mencionados.

Este listado, probablemente incompleto, da una idea de la necesidad de una amplia participación en el proceso de formulación y promulgación de la política. A menudo, el grupo fundamental es el que inicia las acciones, el que promueve, gestiona, motiva, y actúa dentro de los límites que su jerarquía institucional les permite. Con frecuencia, es este grupo el que continúa, si su interés persiste, estimulando la continuidad del proceso, para que este no se interrumpa a lo largo del prolongado camino y a pesar de las numerosas dificultades que en el mismo surgen.

Se obtiene una imagen asimismo de la conveniencia de que se involucren todas las instituciones del sector; el Ministerio de Salud, como rector del sector salud, debe acoger y respaldar la participación de las universidades, de las instituciones de seguridad social, de entidades educativas privadas, de gremios profesionales y organizaciones laborales, de otros Ministerios del Estado (Educación, Planificación fundamentalmente), y de otros sectores, estatales y privados, que tienen alguna relación con la formación o con la utilización del personal de salud.

La participación amplia, multiinstitucional, no solamente garantiza un enfoque verdaderamente nacional y un abordaje apropiado de los distintos elementos, a menudo desconocidos para los trabajadores del Ministerio de Salud, sino que también permite el compromiso de todos de ajustar sus acciones futuras a los lineamientos establecidos y a las directrices emanadas de una política ampliamente concebida.

¿COMO SE FORMULA UNA POLITICA DE RECURSOS HUMANOS?

Se propone a continuación una metodología, que sin pretender ser la única, parece racional y apropiada a las circunstancias actuales y a la idiosincrasia de los que eventualmente se involucrarán en el proceso, en los países en desarrollo (1).

Paso 1: *Es necesario que los iniciadores del proceso interioricen, conceptualicen y comprendan a cabalidad de que se trata este asunto. Por qué es necesario ordenar las acciones relativas a desarrollo de recursos humanos, y en que medida una política de recursos humanos ayudará a ese ordenamiento.*

Es imprescindible que este interés sea acogido por los dirigentes y autoridades en las distintas instituciones, si bien la respuesta es cautelosa a menudo, toda acción ulterior deberá contar con esta anuencia, so pena del riesgo de no poder llevar adelante la iniciativa.

La agrupación informal primero, formal después, de personas interesadas en el problema, de preferencia procedentes de diversas instituciones, deberán discutir los problemas que se presentan por la ausencia de una política reguladora. A menudo la iniciativa parte de funcionarios ajenos a las instituciones nacionales, o la preocupación surge de la lectura de documentos internacionales que recomiendan la urgencia de establecer puntos de partida consistentes para abordar la problemática de recursos humanos en el país.

La agrupación informal puede traducir su inquietud en una reunión formal (grupo de trabajo, un taller preliminar). El proceso de interiorización

y conceptualización mencionado en el Paso 1, debe repetirse ahora con los participantes.

A menudo, para esta conceptualización, es necesario la provisión de documentos orientadores, tanto nacionales como de procedencia externa.

Es absolutamente necesario que el grupo que intentará abordar el problema, esté convencido de su necesidad y urgencia, antes de proceder a elaborar sobre el asunto.

Paso 2: *Formulación preliminar de un marco general. Los participantes, mediante el estudio de documentos nacionales deberán identificar los principios y objetivos fundamentales de la vida nacional, considerar la naturaleza e idiosincrasia de los pobladores, analizar los postulados de la política de salud del Estado, y establecer una coherencia entre esta política y el proceso de desarrollo general del país que el Estado impulsa.*

Una concepción actualizada de los propósitos generales del país, y de los modos que el gobierno emplea para aproximarse al logro de esos propósitos, puede obtenerse mediante la discusión con personeros de instituciones fuera del sector salud, o mediante el análisis crítico de los documentos que reflejan las políticas de desarrollo oficiales.

El estudio de estos aspectos no debe estar desvinculado de las realidades actuales de los países en desarrollo, ni debe ignorar las eventuales transformaciones sociales y económicas que son previsible para los años que faltan para llegar al 2000.

Iguales advertencias son válidas para el análisis de la política de salud del Estado, que debe hacerse con base en información actualizada, procedente de fuentes autorizadas y confiables, sean estas escritas o mediante información por parte de funcionarios calificados.

Como consecuencia de estos análisis, es posible identificar discrepancias entre la política de salud prevista para años futuros, con las realidades actuales y previsible en general, para el país. Tomando en cuenta posibles coherencias e identificando incoherencias, la política podrá incluir objetivos generales a largo plazo, realistas y que respondan a una situación concreta actual y futura, y evitará la formulación de metas irrealizables.

Paso 3: *Identificación de objetivos para el recurso humano en salud, según la política de salud, según prioridades, y según capacidades reales del país.*

Es necesario familiarizarse, y hacer un buen uso de ello, con las disposiciones, reglamentaciones, limitaciones, obstáculos, que en la actualidad tienen implicaciones sobre el desarrollo de personal de salud.

El grupo que trabaja en la formulación preliminar de una política de recursos humanos en salud puede lograr esta identificación consultando de nuevo los documentos generales mencionados, y los particulares sobre política de salud. Puede ser de utilidad mantener consultas y discusiones

con funcionarios de las instituciones de salud, especialmente del Ministerio y de las instituciones de seguridad social.

También son fuente importante de elementos de análisis los funcionarios de universidades y otras entidades formadoras, así como los que están involucrados en la utilización del personal formado.

La formulación de objetivos para el recurso humano debe tomar en cuenta tanto los aspectos que favorecen el desarrollo de personal, como los que lo obstaculizan y menoscaban.

El trabajo, en estos tres pasos, es el de obtener una visión general del problema y plasmar esa visión en un marco general de referencia, del cual se derivarán los objetivos y todo el proceso subsiguiente.

Pero desde ahora, es importante establecer incoherencias y discrepancias, y comenzar la búsqueda de alternativas para cada una. Repetimos: la política, en pocas palabras, es un conjunto de alternativas factibles, viables, costeables y lógicas.

Paso 4: *Formulación de lineamientos políticos relativos a los elementos de la política de recursos humanos en salud:*

4.1. Necesidades de personal: Se trata de proveer criterios a los planificadores de recursos humanos, para estimar las necesidades en términos de cantidad de personal, y de la calidad del mismo: tipo de recurso humano, estructura deseable, contenido que debe tener su formación, características del recurso, prioridades geográficas, prioridades programáticas, plazos para la formación, metas, tomando de base, para todo ello, las necesidades emanadas de la política prevista de los servicios. Necesidad de estudios nacionales de recursos humanos como punto de partida para la planificación de los mismos.

Las directrices y elementos de juicio que se proveerán a los planificadores de recursos humanos deberán emanar del análisis de discrepancias y de la propuesta de alternativas. Una política realística puede proponer, por ejemplo, la búsqueda de metodologías simples y no costosas para estimar demanda y oferta. Una recomendación sobre el papel que en esto juega la investigación, es útil y totalmente pertinente al problema. En este aspecto del trabajo es beneficioso contar con el aporte de expertos en planificación; y una última sugerencia es la de incluir directrices precisas para coordinar la planificación de los recursos humanos con la planificación de los servicios.

4.2. Aspectos de formación y capacitación: confrontar las necesidades de formación y capacitación que emergen de la política de salud, con el análisis de la situación actual en este campo, y proponer alternativas de solución a los desajustes identificados.

El análisis deberá enfocar aspectos tales como el estudio de las instituciones formadoras, la infraestructura disponible, la tecnología educacional en

uso, la función de la investigación sobre personal de salud, la utilización de recursos docentes, el análisis ocupacional como base para decisiones educativas y la administración del proceso educativo.

La proposición de modalidades que faciliten la obtención del producto educativo, la promoción del uso de estrategias y técnicas de instrucción más apropiadas, y la orientación para obtener una educación en la realidad, constituyen el propósito central de una política en este aspecto.

Adicional a los documentos y estudios ya mencionados, en este elemento hay necesidad de abocarse al estudio de información escrita o verbal que provenga de las instituciones educativas:

- Documentos básicos de las instituciones formadoras de personal;
- Currículo de las distintas profesiones;
- Información sobre tecnología educacional en uso;
- Estudio y análisis de materiales educacionales en uso, y confrontación con otras posibilidades factibles; posibilidades de promover la producción nacional de manuales, instructivos, guías, audiovisuales y otros materiales.
- Estudio de los sistemas de supervisión, y posibilidades de integrar esta al armamentario nacional para la capacitación permanente del personal;
- Posibilidades para la promoción de la investigación educacional, conformación de grupos o apoyo a los que eventualmente existan en este campo; alternativas para la capacitación de estos grupos, y para garantizar su ulterior apoyo técnico y financiero;
- Modos para realizar análisis ocupacionales y definición de perfiles tanto ocupacionales como educacionales;
- Diseño y ejecución de sistemas de administración del proceso educativo, y capacitación del personal a cargo de estas actividades.

4.3. Utilización de personal: identificación de discrepancias entre las asignaciones al personal y los objetivos educacionales que guiaron su formación; normas para la correcta utilización del personal según regulaciones legales y capacitación obtenida; mecanismos para reclutamiento y retención del personal en el sistema; incentivos, promociones, estabilidad, distribución geográfica y por niveles de atención; educación permanente; supervisión. Capacidad real del estado para la absorción del personal que se forma.

Es útil para este fin el conocimiento de regulaciones y legislación en el campo laboral; análisis de las funciones asignadas a cada tipo de personal; consideraciones económicas y financieras del Estado para el presente y los años siguientes a la formación del personal; estudio de una política de incentivos para facilitar la retención del personal dentro del sistema de salud. La colaboración de funcionarios del Servicio Civil (u otra institución

similar, encargada de las regulaciones legales y laborales) es importante en este capítulo.

Paso 5: *Conformación de un documento preliminar: consiste en la consolidación de los aportes del grupo (o grupos) de trabajo y su redacción ordenada, precisa, y en términos de lineamientos y directrices.*

Deberá ser hecha por un grupo *ad hoc* designado al efecto. De preferencia, este estará integrado por personas que participen en las discusiones que dieron origen al documento.

Habrá que:

- Confirmar la coherencia con el marco general, con la política de salud y con el propósito general de desarrollo del país...
- Recordar que una política en general puede ser explícita, pero también hay políticas implícitas, y esto también debe tomarse en cuenta al momento de formular documentos...
- Preferiblemente, el producto del trabajo grupal puede agruparse así:
 - Marco general
 - Planificación de recursos humanos
 - Formación de personal
 - Utilización de personal

A menudo, y para completar el paso 5, es necesaria una nueva revisión del documento antes de su remisión a las instituciones (es frecuente que un documento producido en un grupo de trabajo o un taller, resulte presentado en forma de informe final del evento, y no necesariamente tiene la contextura de un instrumento político como el que se debe proponer a las autoridades nacionales).

Paso 6: *Promulgación de la política: las instituciones involucradas, tanto las formadoras de personal como las utilizadoras, podrán ejercitar diversos mecanismos para asegurar una decisión correcta. Una posibilidad es que un Ministerio de Salud convoque a sus organismos técnicos y asesores, o que una Universidad formule consultas a su personal docente y a los estudiantes. En todo caso, y repitiendo la advertencia anteriormente formulada sobre la conveniencia de una amplia participación, conviene asegurarse de que los organismos deliberantes que sean consultados, estén apropiadamente informados de los propósitos de este trabajo, a fin de que su contribución, lejos de constituir una dilatoria innecesaria, se constituya en un mecanismo de enriquecimiento y mejoramiento de la política de recursos humanos para la salud, antes de la decisión superior.*

La promulgación o aprobación de una política de recursos humanos para la salud, deberá contar con el respaldo de todas las instituciones involucradas y deberá tener

la garantía de que constituye una ley que todos deberán acatar en el cumplimiento de su misión.

Las comisiones o grupos que se han sugerido con anterioridad, se constituyen en la mejor garantía de que el proceso no se detiene en la formulación del documento preliminar. Pero ello será así solamente si los grupos mencionados mantienen un contacto permanente con las instituciones, estimulando su interés, promoviendo las acciones, vigilando la marcha del proceso y colaborando en la información y motivación de los distintos grupos que sean consultados.

LA EXPERIENCIA CENTROAMERICANA

En 1981 y 1982, el Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCCAP) desarrolló una serie de eventos destinados a promover la capacitación de personal de salud en los distintos aspectos inherentes a la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria. El tercero de ellos, llevado a cabo en David, Chiriquí, Panamá, en octubre de 1982, hizo énfasis en el estudio del componente de desarrollo de recursos humanos. El grupo de funcionarios centroamericanos participantes recomendó con énfasis la promoción de actividades para interesar a los Gobiernos en la formulación de políticas de recursos humanos tendientes a regularizar el evidente desorden existente en las acciones de desarrollo de personal (9). Como consecuencia de ello, tres países del área iniciaron en 1983 esas acciones. El curso seguido ha sido diferente en los tres. La metodología utilizada, si bien se ajusta a la que se propone en esta publicación, tuvo variantes ligadas a diferentes situaciones particulares prevalentes en cada uno de ellos: desde el análisis y abordaje del problema por una sola institución, como paso preliminar a su comunicación a otras instituciones en uno de los países, hasta la participación desde el inicio, de la totalidad de las instituciones del sector salud, en otro de ellos. Las circunstancias previas también variaron, desde la existencia de una política de salud definida en uno de los países, hasta la falta de instrumentos y documentación completa, pertinente a un plan de salud en otro.

Los tres documentos de "Lineamientos" (llamado "propuesta" en uno de los países), enmarcaron su trabajo dentro de los tres grandes elementos del componente de desarrollo de recursos humanos, y los mismos fueron precedidos de la formulación de un marco general de referencias. Este modo de trabajo, propuesto por PASCCAP a los países interesados, aparentemente puede ser una alternativa metodológica apropiada, a juzgar por el curso que hasta ahora han seguido los procesos mencionados en los países en cuestión (10,11,12).

Otra experiencia interesante es que si bien en ninguno de los países ha sido promulgada la política mencionada al momento de escribir este trabajo, en dos de ellos el grupo promotor de estas acciones ha contado con el respaldo político de las autoridades de las instituciones involucradas, traducido en una autorización para desarrollar otro tipo de actividades dentro del marco general de la propuesta de política presentada a consideración de los estratos superiores del Ministerio de Salud, y para que se continúe revisando el componente de desarrollo de recursos humanos de acuerdo con las nuevas estrategias en salud, y *acorde, además, con los lineamientos políticos incluidos en la propuesta* a que hemos hecho referencia.

Finalmente, y como resultado adicional a este trabajo, en dos de los países fue creada (mediante acuerdo gubernamental en uno de ellos) una Comisión Nacional de Recursos Humanos, apoyada por grupos y subgrupos técnicos encargados de las acciones operativas establecidas en el documento de "Lineamientos"; en dos de los países se tomó la decisión de implementar un Estudio de Recursos Humanos a nivel nacional, como base para las acciones subsecuentes de planificación de personal, hecho también incluido en el documento tantas veces mencionado.

Y, relevante como el que más, figura el hecho de una nueva toma de conciencia entre los trabajadores de la salud, tanto del sector docente como del de servicios, sobre la urgente necesidad de reanalizar el problema de desarrollo de recursos humanos, de reordenarlo, de hacerlo más congruente con la política de salud y las estrategias nacionales, como uno de los caminos que hay que solventar para aproximarnos a la meta establecida para el año 2000.

RESUMEN

En este artículo se relata una experiencia de casi dos años relacionada con las políticas de recursos humanos. Sus autores han trabajado conjuntamente en el área centroamericana: uno de ellos en un organismo de cooperación internacional, otro como funcionaria nacional que ha colaborado también a nivel internacional.

Se analizan los antecedentes que han promovido interés por este tipo de actividad, se formulan consideraciones para establecer una definición del término "política" aplicada al problema en particular, y se propone una estructura de política en base a elementos agrupados en la forma más homogénea posible.

A base de la experiencia de tres países, se establecen los posibles elementos que participan en el proceso de definir una política de recursos humanos. Seguidamente se detalla el modelo generado en el Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCCAP)

para formular y promulgar una política y se da cuenta de los resultados obtenidos, en una primera fase, en el área centroamericana.

REFERENCIAS

- (1) Haddad, J. Política nacional de recursos humanos para la salud: Elementos que la integran y propuesta metodológica para su formulación. PASCAP, abril de 1983.
 - (2) División de Desarrollo de Recursos Humanos e Investigación (ahora Programa de Personal de Salud) de la Oficina Sanitaria Panamericana: Políticas de Recursos Humanos. Documento IMPLAN/6, 1982.
 - (3) Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales*. Documento Oficial No. 179 (1982).
 - (4) Andrade, J. Políticas de recursos humanos para la salud. Documento de Trabajo para la XX Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá, Managua, 1975.
 - (5) Sonis, A. Bases para la formulación de una política de recursos humanos para la salud a nivel nacional. Documento de Trabajo, 1979.
 - (6) Confrey, E. Aspectos políticos de la planificación de recursos humanos para la salud. Documento de Trabajo para la Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos para la Salud (Ottawa, Canadá, 10-14 de septiembre de 1973).
 - (7) Haddad, J. Política de recursos humanos para la salud. Trabajo presentado por el autor ante la XX Reunión de Ministros de Salud de Centro América y Panamá, Managua, 1975.
 - (8) Diccionario Webster. Cambridge, Massachusetts, G. & C. Merriam Co., 1960.
 - (9) Tercer Curso Centroamericano sobre Salud para Todos en el Año 2000 y Estrategia de Atención Primaria, con énfasis en Componente de desarrollo de recursos humanos. Informe Final. David, Panamá. PASCAP, 1982.
 - (10) Lineamientos para una política de recursos humanos para la salud en Honduras. Informe de un Grupo de Trabajo. PASCAP/Ministerio de Salud de Honduras, 1983.
 - (11) Lineamientos para una política de recursos humanos para la salud en Panamá. Informe de un Grupo de Trabajo. PASCAP/Ministerio de Salud de Panamá, 1983.
 - (12) Propuesta para una política nacional de recursos humanos para la salud en Guatemala. Informe de un Grupo de Trabajo. PASCAP/Ministerio de Salud de Guatemala, 1984.
-

HEALTH MANPOWER POLICIES: A PROPOSAL FOR THEIR FORMULATION (*Summary*)

This article is an account of almost two years of experience in manpower policy. The authors worked together in the Central American area, one in an international cooperation agency and the other as a local official who also worked at the international level.

The circumstances that have generated interest in work of this kind are examined, considerations are advanced on the framing of a definition of "policy" in relation to this particular problem, and a policy structure is proposed on the basis of elements grouped as homogeneously as possible.

On the basis of the experience of three countries, the elements are determined that can be involved in the process of working out a manpower policy. A detailed description is then given of the model generated in the Community Health Training Program for Central America and Panama (PASCCAP) for the formulation and promulgation of a policy, and of the first results obtained in the Central American Area.

POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE: UMA PROPOSTA PARA SUA FORMULAÇÃO (*Resumo*)

Esse artigo relata uma experiência de quase dois anos relacionada com as políticas de recursos humanos. Seus autores trabalharam conjuntamente na área centro-americana: um deles num organismo de cooperação internacional, outro como funcionária nacional que colaborou também no âmbito internacional.

Analisam-se os antecedentes que promoveram interesse por esse tipo de atividade, formulam-se considerações para estabelecer uma definição do termo "política" aplicada ao problema em particular e propõe-se uma estrutura de política com base em elementos agrupados da forma mais homogênea possível.

Com base na experiência de três países, estabelecem-se os possíveis elementos que participam no processo de definir uma política de recursos humanos. Em seguida, descreve-se o modelo gerado no Programa de Treinamento em Saúde Comunitária da América Central e do Panamá (PASCCAP) para formular e promulgar uma política e apresentam-se os resultados obtidos, numa primeira fase, na área centro-americana.

POLITIQUES DE MAIN-D'OEUVRE DANS LES SERVICES DE SANTÉ: PROPOSITION RELATIVE À LEUR FORMULATION (*Résumé*)

Cet article retrace une expérience d'environ deux ans en matière de politique de la main-d'oeuvre. Les auteurs ont travaillé ensemble en Amérique centrale, un dans un organisme de coopération internationale et l'autre en tant que cadre local exerçant aussi des activités au niveau international.

Les auteurs examinent les circonstances qui les ont poussés à s'intéresser à ce sujet. Ils font des considérations sur une définition du terme "politique" appliqué

à ce domaine particulier. Ils proposent enfin une structure fondée sur des éléments regroupés de manière aussi homogène que possible.

En s'appuyant sur l'expérience de trois pays, les auteurs déterminent les éléments que l'on peut associer à l'élaboration d'une politique de la main-d'oeuvre. Ils décrivent ensuite en détail le modèle mis au point dans le cadre du Programme de formation en santé communautaire à l'intention de l'Amérique centrale et de Panama (PASCCAP) pour formuler et appliquer une politique et les premiers résultats obtenus dans la région d'Amérique centrale.

| | |
|--|-----------|
| FORMULARIO DE SUSCRIPCION / SUBSCRIPTION FORM | |
| Oficina Sanitaria Panamericana / Pan American Sanitary Bureau 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, U.S.A. | |
| Sírvanse suscribirse a / Please enter my subscription to | |
| <i>Educación médica y salud</i> | |
| POR UN AÑO <input type="checkbox"/> For 1 Year | US\$12.00 |
| POR DOS AÑOS <input type="checkbox"/> For 2 Years | US\$22.00 |
| POR TRES AÑOS <input type="checkbox"/> For 3 Years | US\$32.00 |
| Acompaño al efecto el correspondiente cheque <input type="checkbox"/> giro <input type="checkbox"/> pagadero a: Oficina Sanitaria Panamericana | |
| I enclose check <input type="checkbox"/> money order <input type="checkbox"/> payable to: Pan American Sanitary Bureau | |
| _____ NOMBRE / Name | |
| _____ DIRECCION / Address | |
| _____ CIUDAD / City | |
| _____ PAIS / Country | |
| En caso de RENOVACION DE SUSCRIPCION , sírvase devolver la etiqueta del sobre en el que recibe <i>Educación médica y salud</i> . | |
| In case of RENEWAL , please return the address label from the envelope in which you receive <i>Educación médica y salud</i> . | |

Reseñas

METODOLOGIA PARA EVALUAR LA FUNCION DE LAS PROMOTORAS EN COLOMBIA

Lydia S. L. Bond¹

Contexto del estudio

La Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata, URSS, en 1978, afirma que para ampliar la cobertura de los servicios de salud a las poblaciones necesitadas del mundo, es preciso emplear un nuevo enfoque en la prestación de atención de salud. Dicho enfoque, que abarca a la población, los trabajadores de salud de todos los niveles, las autoridades políticas, los especialistas del sector agrícola y todos los sectores que fomentan el desarrollo, enfatiza la función educativa no formal de los promotores de salud en la prevención de la enfermedad y el fomento del bienestar. Como se afirmó en la Conferencia de Alma-Ata y en las directrices oficiales de los organismos internacionales de salud, los promotores son agentes de atención primaria de salud que viven de forma permanente en la comunidad donde trabajan y provienen del mismo medio cultural y socioeconómico que las personas a quienes tratan de ayudar. Han recibido una formación que les permite realizar trabajos médicos básicos e impartir enseñanzas sobre salud y saneamiento en sus respectivas comunidades. Constituyen un vínculo entre la comunidad y las instituciones de salud de la localidad que supervisan sus actividades. Según un documento del Ministerio de Salud del Perú, el promotor es "Un líder de la comunidad, comprometido, elegido por ella e integrado a su organización, que realiza acciones integrales mínimas de salud y de desarrollo, previa capacitación y la consiguiente asesoría, supervisión y control por el sistema de servicios de salud y la organización comunal"(1).

Con el fin de determinar y analizar el trabajo de las promotoras de salud en el campo de la educación no formal, se realizaron investigaciones cualitativas (etnográficas) en cooperación con la Universidad del Valle en Cali en cuatro municipios del Departamento del Valle del Cauca de Colombia. Los municipios estudiados fueron Jamundí, Candelaria, Roldanillo y Buenaventura.

El enfoque metodológico empleado para el estudio se basó en el respeto por el contexto cultural. Consistió en:

1. La reconstrucción representativa de la cultura colombiana, haciendo hincapié en la observación intensiva y entrevistas informales de 25 promotoras de los sectores rural y urbano de los municipios precitados.

¹Educadora, Programa de Personal de Salud, Organización Panamericana de la Salud.

2. Estudio de algunos aspectos de la cultura o de los sistemas sociales mediante investigaciones bibliográficas y análisis de documentos.
3. Consideración de los sujetos de la investigación como individuos.
4. Consideración de los sujetos como grupos o poblaciones que se prestan a generalización en la zona particular de Colombia escogida para el estudio.

Motivo principal para seleccionar un enfoque cualitativo en el estudio

El propósito de emprender el estudio era identificar los factores que se aunan para hacer la función de la promotora lo que es, y determinar los puntos fuertes y débiles de esa clase de personal de salud. Se estimó que tal clase de estudio se desempeñaría mejor sin hipótesis previamente determinadas sobre esos puntos. Este método de análisis abierto permitiría determinar las características de las promotoras que surgieran de las entrevistas y observaciones más que de las teorías y expectativas de la investigadora. Además, la naturaleza del concepto de atención primaria de salud y de las actividades de las promotoras era demasiado compleja para representarla en escalas cuantitativas unidimensionales, siguiendo un modelo rígido de razonamiento lógico-deductivo que fuera de la teoría a la proposición, a la formación de conceptos, a las definiciones operativas, al acopio de datos, al ensayo de hipótesis y al análisis.

Por ende, lo que se necesitaba era más bien una comprensión humanística e integral del contexto sociocultural en el que trabajan las promotoras y una descripción de sus condiciones de trabajo con el fin de crear un modelo para fines de duplicación y demostración.

En palabras de Patton (2):

Al emplear este criterio integral se supone que el todo es mayor que la suma de las partes y que es esencial describir y comprender el contexto para poder entender el programa. Así pues, no basta simplemente estudiar y medir las partes que constituyen una situación recopilando datos sobre variables, escalas o dimensiones aisladas. A diferencia de los diseños experimentales en los que se manejan y miden las relaciones entre unas pocas variables cuidadosamente seleccionadas y estrictamente definidas, el criterio integral para el diseño de investigaciones es abierto al acopio de datos sobre cualquier aspecto del medio objeto de estudio a fin de dar una idea completa de la dinámica social de una situación o un programa determinados.

La selección de un paradigma cualitativo incluyó una suposición sobre la importancia de comprender el mundo de las promotoras desde el punto de vista de los participantes en ese mundo.

Mientras que las observaciones relativas al criterio cuantitativo se podrían expresar en valores numéricos, la metodología cualitativa se enfoca en el registro de datos en el lenguaje propio de los informantes.

La metodología cualitativa se seleccionó además por constituir la mejor forma de estudiar a las promotoras en su propio medio, mientras realizaban sus actividades en su ambiente acostumbrado. Se estimó que para fines del estudio era necesario encontrar una máxima heterogeneidad de las formas culturales y por eso se procedió a entrevistar a 25 promotoras de las zonas rurales y urbanas marginadas en cuatro municipios de Colombia (cuadro 1). Las 21 promotoras del sector rural entre-

vistadas provenían de las aldeas de Paso de la Bolsa, Boca del Palo, Potrerito, Robles, Quinamayo y Timba en Jamundí; Villa Gorgona, El Carmelo, San Joaquín, El Tiple, Buchitolo y El Lauro en Candelaria; Isugu, Remolino, Higuerosito, La Tulia, El Retiro y Tierra Blanca en Roldanillo; y Cisnero, Triana y Bajo Calima en Buenaventura. Las cuatro promotoras del sector urbano entrevistadas provinieron del Hospital Piloto de Jamundí y de los barrios de Independencia, Bella Vista y Viento Libre en Buenaventura.

No se trató de descubrir, verificar, ni identificar las relaciones causales existentes entre los conceptos derivados de un esquema teórico *a priori*. Más bien, el criterio empleado fue inductivo e intentó no prejuzgar lo que sería importante, indispensable y pertinente en el estudio.

Acceso al trabajo realizado sobre el terreno

Antes de iniciar la investigación, se solicitó la debida autorización de la oficina local de la Organización Panamericana de la Salud y del Ministerio de Salud en Bogotá, el Servicio Seccional de Salud de Cali y los hospitales regionales de Jamundí, Candelaria, Roldanillo y Buenaventura, bajo cuya jurisdicción trabajan las promotoras.

No se esperaba tener acceso al campo de trabajo sin que existiera un cierto grado de reciprocidad. En este caso, se concedió permiso para realizar el estudio a condición de que se presentara un informe detallado de los resultados al Servicio Seccional de Salud de Cali, ya que esta última institución deseaba evaluar el desempeño de las promotoras que trabajan en atención primaria de salud.

Aunque nadie lo solicitó, la investigadora compensó a las promotoras por el tiempo que habían pasado con ella, obsequiando a cada una de las entrevistadas una calculadora, regalo que fue muy apreciado por ser esa una época de censo.

Puesto que la investigación fue relativamente corta, no hubo tiempo para hacer la transición del punto de vista de una persona de fuera al de una de dentro.

Acopio de datos y toma de notas

Acopio de datos. La técnica de investigaciones empleada en el estudio se basó en triangulación con observaciones, entrevistas abiertas, visitas a la población local, grabación de sonidos y análisis de documentos. Las visitas a la población local, la grabación de sonidos y el mantenimiento de un diario complementaron el enfoque empleado.

Observaciones. El enfoque empleado en el estudio difirió de la perspectiva cuantitativa en la que las pautas de investigación exigen interacciones claramente definidas y estrictamente controladas con los sujetos investigados. A consecuencia de la singularidad de las observaciones hechas, son muy pocas las posibilidades de replicación absoluta del estudio puesto que sería poco probable que las circunstancias en que se realice otro sean exactamente similares a las del primero. La diversidad de observaciones y análisis indicaría cualquier cambio que se esté efectuando, por pequeño que sea.

Entrevistas. Predominó una actitud informal y la participación fue general. Cada entrevista, que duró aproximadamente dos horas, se realizó a manera de conversa-

ción para reflejar todas las interacciones humanas. En ese sentido, hubo una gran diferencia en comparación con las metodologías de encuesta. Se empleó una pauta para entrevistas más como ayuda para la conversación que como instrumento rígido.

Como consecuencia de la falta de transporte, el mal estado de las carreteras y las largas distancias, no fue posible que las promotoras se reunieran con la investigadora en un lugar, día y hora previamente determinados. Para realizar las entrevistas, la investigadora viajó en campero de una aldea a otra, localizando a las promotoras en el lugar de trabajo, en el hogar o en los distintos hogares que visitan diariamente. A menudo, después de largas horas de viaje por zonas escabrosas, la investigadora llegaba a una aldea solo para descubrir que la promotora se había ido hasta el pueblo o a otra aldea y que no volvería sino después de varios días. Las condiciones de trabajo eran tales que no fue posible avisar a las promotoras de la visita de la investigadora. Aunque este hecho representó una ventaja para la validez de la información acopiada, hizo que el trabajo de recolección se convirtiera en una aventura.

Análisis de documentos. Los informes del censo, los archivos públicos y algunos artículos de revistas sueltas constituyeron importantes fuentes de información y de discernimiento de otros puntos de vista.

Informantes. Los criterios que se emplearon para escoger a las informantes fue que pertenecieran al sexo femenino y que hubieran trabajado en su empleo actual al menos un año. Siempre que fue posible se dio preferencia a las promotoras rurales pero en cuatro casos solo se encontraron promotoras de las zonas urbanas.

Instrumento. Como instrumento de investigación se empleó un cuestionario de entrevista de 64 preguntas, preparado en inglés, traducido al español y traducido de nuevo al inglés y al español para cerciorarse de la validez del texto. Dicho cuestionario se sometió a una prueba preliminar en Washington, empleando un pequeño grupo de personas de habla hispana con antecedentes similares a los de las promotoras, para estudiar a los informantes. Luego se empleó en Colombia para alentar a las promotoras a hablar libremente.

Al emplear este instrumento, la investigadora no se ciñó estrictamente a lo que estaba impreso en el formulario. La ventaja de ello fue que la investigadora pudo volver a preguntar, aclarar, explicar y contrainterrogar a las informantes además de eliminar las preguntas que estas ya habían contestado de paso. Sin embargo, no

Cuadro 1. Distribución de las promotoras entrevistadas en el Departamento del Valle del Cauca

| | Municipios | | | |
|------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| | Jamundi | Candelaria | Roldanillo | Buenaventura |
| <i>Número</i> | 7 | 6 | 6 | 6 |
| <i>Características</i> | | | | |
| Mujeres | 7 | 6 | 6 | 6 |
| 1 año en el empleo | 7 | 6 | 6 | 5 |
| Zonas rurales | 6 | 6 | 6 | 3 |
| Zonas urbanas | 1 | 0 | 0 | 3 |

se observó ninguna desviación sistemática de las pautas de entrevistas que hubiera podido llevar a resultados falsos. Cuando una pregunta parecía ser demasiado abstracta, la investigadora se abstenía de dar siempre la misma ilustración concreta porque ello habría podido sesgar los resultados y disminuir su validez.

Notas. Los datos de la entrevista se registraron mediante toma de notas, escucha y transcripción ulterior y grabación magnetofónica. Esta última se empleó solo como mecanismo de seguridad porque aunque permitía explicar la situación en términos muy amplios, exigía demasiado tiempo de transcripción. La investigadora se basó sobre todo en las notas tomadas a mano, palabra por palabra, lo que implicó un cierto sacrificio de la simultaneidad. Al final de cada día se completaban las notas que se habían tomado rápidamente sobre el terreno, se traducían al inglés y se transcribían a un formulario de protocolo que tenía cada línea numerada para fines de referencia rápida. El formulario llevaba el nombre de la investigadora, la fecha de la entrevista, el sujeto entrevistado (al que se asignó un código en el análisis final para mantener el carácter confidencial de la información) y el número de orden de las páginas correspondientes a las entrevistas realizadas con los mismos sujetos.

Al transcribir las entrevistas se hizo todo lo posible por identificar el lenguaje usado en cada nota tomada, es decir, que se indicó si el lenguaje correspondía al del informante o al de la investigadora. Para ello fue necesario poner paréntesis, comillas y corchetes e identificar al interlocutor en el margen.

Se presentaron datos tanto en forma de notas como de un ensayo etnográfico integral.

Análisis etnográfico

Los datos se analizaron a medida que se fueron acopiando así como posteriormente. La constante interacción del acopio y el análisis de datos no le permitió a la investigadora especificar en términos absolutos la secuencia de uno u otro. El análisis llevó a descubrir lo que significan las cosas para las promotoras. A fin de describir el sistema de significados culturales en sus propios términos, fue necesario interpretar los símbolos empleados por las promotoras durante la entrevista. Según Spradley (3), un "símbolo" es cualquier objeto o acontecimiento que se refiere a algo. Consta de tres elementos: el símbolo propiamente dicho, uno o más elementos informativos y la relación existente entre el símbolo y el elemento informativo.

En términos generales, se emplearon ocho campos muy generales para clasificar la información acopiada. Esos campos fueron comunicaciones, antecedentes personales, actitud hacia el desarrollo, características psicológicas, socialización, posición en la estructura social del medio y concepto de esta, intervención en asuntos de política y religiosidad.

El análisis de los datos acopiados fue temático, habiéndose agrupado y presentado el material según los principales temas encontrados en el estudio.

Presentación de los resultados

Se presentaron descripciones detalladas y análisis del medio, los participantes y las interacciones. Puesto que fue necesario traducir el material, hubo algunas difi-

cultades al tratar de encontrar equivalentes de expresiones populares, modismos y chistes. La investigadora trató de captar el significado principiapl y la esencia de la lengua en lugar de dar una traducción literal. Inevitablemente, se perdió parte de la singular calidad y el encanto de la expresión original.

Los datos acopiados se organizaron en seis categorías principales, a saber:

1. Antecedentes, características y funciones de las promotoras.
2. Percepción de las promotoras sobre la comunidad en que trabajan.
3. Costumbres locales y características que pueden influir en las actividades profesionales de las promotoras.
4. Material didáctico empleado por las promotoras para suministrar información.
5. Estrategias de enseñanza empleadas por las promotoras para comunicar información.
6. Metodologías autóctonas para enseñanza a adultos empleadas por las promotoras para fines de educación en salud.

La información acopiada se presentó en forma longitudinal, sin tratar de comparar las localidades estudiadas, y aparecerá en otro informe.

REFERENCIAS

- (1) Ministerio de Salud, Escuela de Salud Pública del Perú—Dirección General de Programas de Salud: *Modelo Normativo para la Capacitación de Promotores de Salud*, Lima, 1979.
- (2) Patton, Michael Quinn. *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills, Sage, 1983.
- (3) Spradley, James J. *The Ethnographic Interview*. Nueva York, Holt, Rinehart and Winston, 1979.

BIBLIOGRAFIA

- Filstead, William J. *Qualitative Methods. A Needed Perspective in Evaluation Research*. Boston, Northeastern University, 1983.
- Gillespie, Gilbert, W., Jr. Data Collection, Analysis and Research Strategies. A Framework for Organizing the Fieldnote File. Paper presented at the annual meeting of the Midwest Sociological Society, Des Moines, IA, abril de 1982. Ithaca, Nueva York, Universidad de Cornell, 1983.
- Narol, Raoul y Ronald Cohen (eds.). *A Handbook of Method in Cultural Anthropology*. Nueva York, Columbia University Press, 1973.
- Rist, Ray C. On the Application of Ethnographic Inquiry to Education: Procedures and Possibilities. *Journal of Research in Science Teaching*, julio de 1982.

REUNION DEL GRUPO ESPECIAL DE TRABAJO DE LA OPS SOBRE COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES EN DESARROLLO (CTPD)

Los países de América Latina y del Caribe han expresado reiteradamente su voluntad política de promover el desarrollo de la CTPD. Ello se ha plasmado en numerosas declaraciones bilaterales y multilaterales en los últimos años. Por otra

parte, la OMS, la OPS y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas han señalado claramente que la CTPD será una forma de cooperación internacional predominante en el futuro. Esto parece indiscutible si se consideran las innegables ventajas políticas y económicas que pueden derivarse de ella y su identificación con los más importantes valores solidarios asumidos por las culturas de las Américas. Sin embargo, hay poca experiencia en este campo y con frecuencia se confunde la CTPD con otras formas tradicionales de cooperación y, con mayor frecuencia aún, se desconoce la enorme potencialidad de esta forma particular de cooperación. Por eso ha sido difícil concretar proyectos y acciones prácticas que hagan realidad las declaraciones generales.

La CTPD constituye una idea de gran fuerza movilizadora, sobre todo en el marco de las actuales realidades económicas de los países de las Américas. Pero para desarrollar este enorme potencial se hace necesario concretar acciones prácticas que fortalezcan la confianza en esta modalidad de cooperación, cumplan un efecto de demostración, y permitan acumular la experiencia necesaria para emprender otras acciones de mayor complejidad.

Sin duda no basta la buena voluntad de los gobiernos e instituciones ni de los organismos internacionales para desarrollar la CTPD hasta convertirla en la modalidad predominante de cooperación internacional. Ello requiere superar numerosos obstáculos vinculados a la dinámica tradicional de relaciones entre los países. La concreción de proyectos en áreas prioritarias puede ser una contribución fundamental para crear las condiciones necesarias para continuar dicho desarrollo. Las organizaciones internacionales deberán de adaptarse a estas nuevas formas de cooperación y fomentar su desarrollo.

La OPS organizó un grupo especial de trabajo sobre CTPD con la finalidad de evaluar la potencialidad de varios países de América Latina (Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, México y Venezuela); desarrollar acciones prácticas en este campo; evaluar los principales obstáculos y limitaciones, y proponer líneas concretas de trabajo que la OPS pudiera desarrollar, a corto y mediano plazo, para promover la CTPD en materia de salud.

El grupo realizó una primera reunión de trabajo en diciembre de 1983 en la que se produjo un primer informe y se establecieron los lineamientos iniciales de acción, en los países señalados. La segunda reunión se realizó en Washington, D.C., del 30 de abril al 11 de mayo de 1984 y su programa incluyó: presentación y discusión de los informes de actividades cumplidas en cada país; intercambio de informaciones y experiencias entre los responsables de áreas y de los principales programas del nivel central, y representantes del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo; discusión sobre la metodología empleada para la determinación de capacidades de CTPD en los países; discusión sobre las posibilidades de financiamiento de proyectos de CTPD; y definición de posibles estrategias futuras y líneas de trabajo por parte del grupo y de la OPS. Además, se visitó la sede de la ONU y se intercambiaron informaciones y experiencias con representantes del Grupo de los 77, con la Unidad de CTPD del PNUD, y, en particular, se conoció el sistema de remisión informativa sobre CTPD (SRI), que desarrolla esta unidad.

Se puso de manifiesto que en cada uno de los países se ha desarrollado un proceso orientado a crear condiciones favorables y detectar las capacidades y potencialidades para acciones de CTPD. Los trabajos respondieron a condiciones y circunstancias

particulares que condujeron a procedimientos, en muchos casos diferentes, para cumplir con los objetivos propuestos.

Varios aspectos de carácter general se desprenden del análisis realizado por el Grupo Especial-CTPD:

a) Existe una receptividad en las máximas autoridades de salud de los seis países para promover acciones de CTPD.

b) Hay un amplio potencial de capacidades de cooperación que pueden ser promovidas en acciones de CTPD, a corto plazo, si se crean las condiciones adecuadas a nivel nacional e internacional.

c) Existe la necesidad de promover un sistema de información sobre las capacidades de CTPD de los países, con un código y lenguaje comunes que pueda ser fácilmente accesible a todos los países de la Región.

d) Hay una serie de limitaciones que dificultan la concreción de acciones de CTPD, que deben ser superadas y que serán señaladas a continuación.

El Grupo Especial-CTPD identificó los siguientes obstáculos y restricciones para el desarrollo de la CTPD:

a) No existe una adecuada movilización del apoyo técnico y político a nivel de país, en función de la CTPD.

b) Los principios y alcances de la CTPD no son plenamente conocidos en el sector salud.

c) Opiniones propagandísticas escépticas o francamente desfavorables se contraponen a la promoción y fomento de la CTPD.

d) Existen recelos o barreras político-psicológicas entre los países en desarrollo, relacionados principalmente con consideraciones sobre soberanía nacional e intereses económicos.

e) Las relaciones y comunicación existentes entre los países latinoamericanos y del Caribe no han facilitado el desarrollo de actividades de CTPD.

f) La ausencia de un sistema informativo ágil y oportuno de capacidades potenciales de cooperación, unido al desconocimiento de mecanismos y eventuales acuerdos de implementación de la CTPD, desfavorece la proyección internacional de esta actividad.

g) Se nota una deficiente capacidad nacional en la mayoría de los países de la Región para la elaboración y viabilización de proyectos específicos de cooperación internacional, con visión de CTPD.

h) Las particularidades administrativas y legales de la organización institucional del sector salud de cada país de la Región, requieren esfuerzos especiales para poder garantizar una adecuada articulación que facilite la identificación del potencial intrínseco de cooperación para llevar a cabo proyectos de CTPD.

i) Si bien la responsabilidad fundamental de la CTPD corresponde a los propios países en vías de desarrollo, debe existir un compromiso universal y concreto de apoyarla. A este respecto los organismos del Sistema de las Naciones Unidas, están llamados a jugar un papel más significativo en lo que a la Región de las Américas concierne.

j) En el sector salud, la OPS tiene un importante papel que cumplir. En particular las Representaciones de País deben adoptar una actitud más activa de promoción, identificación y desarrollo de programas de CTPD.

k) Durante mucho tiempo se ha venido considerando que el crecimiento económico de los países en vías de desarrollo es una variable dependiente del crecimiento de los llamados centros desarrollados. Para muchos de nuestros países se presenta un futuro sombrío si permanecen encerrados en el actual patrón de relaciones económicas externas, que no favorece el necesario fomento y desarrollo de la CTPD.

l) Vinculada a lo anterior se destaca la actual situación de crisis económica y recorte en el gasto social. Esto hace que se vislumbre poca oportunidad de aportaciones financieras significativas por parte de los propios países en desarrollo u otras fuentes para apoyar proyectos de CTPD.

Identificación de las áreas prioritarias para la CTPD

Los países de la Región, al identificar sus problemas nacionales de salud y establecer sus propias estrategias para resolverlas a través de un Plan de Acción Regional, acordaron que era necesario establecer mecanismos interpaíses para solucionar problemas sustantivos que requirieran esfuerzos colectivos dentro del marco de la cooperación técnica entre países en desarrollo.

En este sentido, el Plan de Acción consideró necesaria la identificación de aquellas áreas prioritarias donde las necesidades pudieran ser satisfechas por medio de la CTPD, y la cooperación económica entre países en desarrollo y avanzó en la propuesta específica de algunas de estas áreas que se beneficiarían con la utilización del enfoque planteado.

El Grupo Especial-CTPD tuvo muy en cuenta estas recomendaciones de los Gobiernos Miembros de la Organización al proponer concretamente algunas áreas de acción, como punto de partida para movilizar y compartir al máximo las capacidades nacionales entre los países de la Región. Además, para hacer su trabajo adoptó un enfoque epidemiológico y sugirió que dada su importancia, la epidemiología sea considerada como objeto de la CTPD. Las áreas identificadas son:

a) Desarrollo de la investigación y de la tecnología en salud.

- Identificación de centros nacionales que puedan articularse a redes regionales para el desarrollo de programas conjuntos de investigación y tecnología en salud. Se sugirió brindar especial énfasis a los campos de: biotecnología, enfermedades tropicales, reproducción humana, evaluación y selección de tecnología apropiada y desarrollo farmacológico.

b) Disponibilidad de suministros y equipos de importancia crítica.

- Organización de mecanismos conjuntos que fomenten y apoyen las actividades de producción, compra y distribución de suministros y equipos de importancia crítica, con especial énfasis en las áreas de: medicamentos esenciales, vacunas, reactivos y equipos médicos.

- Intercambio y transferencia de tecnología.

- Mantenimiento de equipos médicos.

c) Problemas de salud comunes a varios países.

- Salud de la madre y el niño.

- Salud de los trabajadores.

- Alimentación y nutrición, (incluido lo referente a inocuidad de los alimentos).

- d) Desarrollo de recursos humanos:
 - Establecer programas de CTPD, mediante la integración de esfuerzos y recursos, en los siguientes campos:
 - Formación y capacitación de personal en salud pública
 - Desarrollo de personal técnico medio y auxiliar.
 - Desarrollo de investigaciones sobre personal de salud que fundamenten las decisiones sobre su planificación, formación y utilización.
 - Desarrollo de tecnología educacional apropiada.
- e) Información y documentación científico-técnica.

Proyectos específicos

El Grupo propuso algunos proyectos específicos de CTPD que guíen el trabajo futuro inmediato a nivel de los países en las materias siguientes:

1. Sistema de información de capacidades y necesidades de CTPD en salud.
2. Biotecnología, inmunología, biológicos y reactivos.
3. Medicamentos y productos terapéuticos.
4. Tecnología médica, equipamiento y mantenimiento de equipos en los servicios de salud.
5. Desarrollo de la práctica epidemiológica.
6. Desarrollo de recursos humanos.
7. Desarrollo de sistemas y servicios de salud.
8. Proyectos subregionales.

El Grupo también se refirió a las funciones de la OPS en la CTPD, con especial referencia a las representaciones de país.

Noticias

FUNCION DE LAS UNIVERSIDADES EN LAS ESTRATEGIAS DE SALUD PARA TODOS

La 37ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en mayo de 1984, dedicó sus Discusiones Técnicas al tema "Función de las universidades en las estrategias de salud para todos". La OMS preparó un detallado documento de base en el que destaca la contribución de las universidades al desarrollo humano y a la justicia social (Documento A37/Technical Discussions/1, 27 de enero de 1984).

A raíz de las Discusiones Técnicas, el 17 de mayo la Asamblea adoptó la Resolución WHA37.31, que dice así:

WHA37.31 Función de las universidades en las estrategias de salud para todos

La 37ª Asamblea Mundial de la Salud,

Enterada con satisfacción de los resultados de las Discusiones Técnicas celebradas en la 37ª Asamblea Mundial de la Salud sobre "Función de las universidades en las estrategias de salud para todos";

Consciente de la importante misión que incumbe a las universidades y a otras instituciones de enseñanza superior, inclusive las escuelas para estudios médicos especializados, en la Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000 y de la considerable contribución que el cumplimiento de esa misión puede aportar al progreso de la humanidad y a la justicia social;

Consciente del prestigio de que gozan las universidades y de la influencia que ejercen en el desarrollo intelectual de los jóvenes y en la preparación de éstos para su misión en la sociedad, así como en la formación de la opinión pública;

Recordando la función de las universidades en la enseñanza y formación profesional en materia de salud y en una gran diversidad de disciplinas sociales, económicas y técnicas relacionadas con ésta, así como sus notables contribuciones a la investigación en todos esos sectores;

Habida cuenta de que las universidades intervienen cada vez más, por el mundo entero, en la solución de los problemas sociales y en la prestación de servicios a las comunidades donde están situadas;

Convencida de que cada vez es más necesaria la colaboración entre los ministerios y otros órganos competentes y las universidades con objeto de abordar adecuadamente los problemas de salud y los problemas socioeconómicos afines;

Observando que los ministerios y otros órganos competentes y las universidades son cada vez más conscientes de los muchos recursos inexplorados que ofrecen las universidades y que podrían mobilizarse para fomentar el desarrollo sanitario y socioeconómico,

1. INSTA a los Estados Miembros:

1) a que fomenten en universidades y otras instituciones de enseñanza superior la inclusión de los conceptos sociales y técnicos de la salud para todos en la enseñanza y formación profesional de todas las categorías de estudiantes y posgraduados, y a que den a conocer esos conceptos a la población en general;

2) a que apoyen a las universidades para que orienten la enseñanza y formación profesional de los agentes de salud y de materias afines hacia la consecución de la salud para todos;

3) a que, siempre que sea posible, estimulen a los profesores de los departamentos universitarios competentes para que intervengan en la preparación de las políticas de salud para todos y en la formulación y ejecución de las estrategias que permitan poner en práctica dichas políticas;

2. INVITA a las universidades de todos los países:

1) a que hagan lo posible para conseguir que los estudiantes y los posgraduados de todos los establecimientos universitarios conozcan bien la meta de la salud para todos en el año 2000 y apoyen activamente las medidas que han de permitir alcanzarla;

2) a que faciliten a estudiantes y posgraduados en las disciplinas de salud y materias afines el tipo de enseñanza y formación profesional que les prepare técnicamente y les sensibilice socialmente para satisfacer las necesidades sanitarias de las personas a cuyo servicio van a estar;

3) a que realicen las investigaciones biomédicas, epidemiológicas, tecnológicas, sociales, económicas y del comportamiento necesarias para preparar y poner en práctica las estrategias de salud para todos;

4) a que se presten a colaborar más estrechamente con los ministerios y otros órganos pertinentes en la preparación de políticas y en la formulación, ejecución y evaluación de las estrategias de salud para todos;

5) a que se pongan a disposición de las comunidades en toda la medida de sus medios para el fomento de la salud y la prestación de asistencia sanitaria;

6) a que participen en dar a conocer al público en general qué medidas puede cada uno adoptar para promover su propia salud y la salud de la comunidad en que vive:

3. PIDE al Director General:

1) que publique un informe sobre las Discusiones Técnicas y haga todo lo posible para distribuirlo ampliamente entre los ministerios pertinentes, universidades y otras instituciones de enseñanza superior, y otras partes interesadas;

2) que en todas las ocasiones que se le brinden ponga de manifiesto la defensa que la OMS hace de la función que incumbe a las universidades en las estrategias de salud para todos, así como de la colaboración que en este campo deben mantener los ministerios y otros órganos competentes y las universidades;

3) que proporcione a los ministerios y otros órganos pertinentes y a las universidades la información necesaria para facilitar el que estas últimas puedan asumir sus funciones en las estrategias de salud para todos;

4) que ayude a los ministerios y otros órganos pertinentes que lo soliciten a

intensificar la participación de las universidades en las actividades de desarrollo nacional de la salud;

5) que copie y difunda informaciones sobre la participación de las universidades en las estrategias de salud para todos y sobre los esfuerzos desplegados conjuntamente por los ministerios y otros órganos competentes y las universidades con ese fin;

6) que establezca los mecanismos necesarios en la Sede y las oficinas regionales para asegurar que se adopten, coordinen, vigilen y evalúen todas las medidas apropiadas;

7) que lleve a cabo las actividades mencionadas con los recursos disponibles y que dé cuenta de los progresos realizados en sus informes bienales a la Asamblea de la Salud.

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE DESARROLLO DE TECNOLOGIA DE SALUD

Orientación sobre las actividades del Programa de Tecnología de Salud

El Programa de Tecnología de Salud ha iniciado la elaboración de una serie de cinco documentos que definen la orientación de las actividades de corto, mediano y largo plazo en este nuevo campo de cooperación técnica de la OPS. Los documentos serán sometidos a consulta para incorporar las propuestas y sugerencias de diferentes grupos en la Región. Los dos primeros fueron distribuidos en agosto. Los interesados pueden solicitar los documentos directamente al Programa de Tecnología de Salud, OPS, Washington.

Reunión Internacional sobre Tecnología en Perinatología

En noviembre de 1984 se realizará en la Sede de la OPS en Washington, una reunión internacional sobre Tecnología en Perinatología, en la que participarán especialistas de América Latina y el Caribe, Canadá, Estados Unidos y de países europeos.

Taller sobre Desarrollo de Tecnología de Salud

En octubre se realizará en Brasilia, Brasil, un Taller sobre Desarrollo de Tecnología de Salud destinado a diseñar un conjunto de propuestas, proyectos y protocolos específicos para implementar actividades educacionales, de investigación y formulación de opciones de políticas gubernamentales. En este taller participará un grupo multidisciplinario de varios países de la Región.

Difusión de información científica

Se está preparando la primera bibliografía anotada de artículos seleccionados, la cual será puesta a disposición de los países junto con la microficha de 250 artículos. Las bibliografías serán incorporadas al sistema de referencia computarizado de la OPS.

Esta labor, que se irá ampliando, será coordinada con un esfuerzo similar que está iniciando la OMS en la Región de Europa.

El primer número de la serie está dedicado al tema de desarrollo tecnológico, y el segundo al tema de utilización de tecnología.

Cursos de Administración de Sistemas de Suministro de Medicamentos

En mayo de 1984 se realizó el primer Curso Subregional sobre Administración de Sistemas de Suministro de Medicamentos, en la Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, para especialistas de los países del Grupo Andino. El curso fue auspiciado por la OPS junto con el Convenio Hipólito Unanue. Como continuación de este esfuerzo, en junio se realizó el primer curso nacional, en Lima, Perú, y próximamente se realizarán cursos equivalentes en los demás países del Grupo Andino.

La Central de Medicamentos (CEME) del Ministerio de Previsión y Asistencia Social del Brasil, con la colaboración de la OPS, realizará un curso sobre administración de medicamentos esenciales entre septiembre y diciembre de 1984.

En noviembre se está programando el segundo curso subregional, para los países de Centro América y Panamá, el cual se realizará en el Instituto Centro Americano de Administración Pública (ICAP) en Costa Rica.

REUNION INTERREGIONAL SOBRE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

En la Sede de la OPS en Washington se celebró del 20 al 24 de agosto de 1984 esta reunión en la que se dieron cita funcionarios de la OMS y de todas sus Oficinas Regionales que tienen responsabilidad en relación con actividades de desarrollo de personal de salud y los programas de cooperación técnica en este campo. La reunión tuvo por objeto:

- Intensificar la comprensión de los procesos de desarrollo de recursos humanos como base para promover una relación de trabajo efectiva en este campo.
- Identificar, analizar y redefinir las tendencias de los programas con vista a establecer criterios e indicadores de los progresos alcanzados en relación con el Séptimo Programa de Trabajo de la OMS.
- Conocer los resultados de experiencias exitosas llevadas a cabo en todas las Regiones y proponer soluciones a los problemas que hayan surgido.

La metodología de trabajo de la reunión, una vez celebrada la ceremonia inaugural, comprendió tres clases de sesiones para presentación y discusión de tres temas principales: análisis de las tendencias en el campo de recursos de personal de salud; temas para análisis detallado, y revisión del programa a mediano plazo. El resto de la reunión se dedicó a discutir, en dos grupos, los temas siguientes: coordinación con otros sectores programáticos e información sobre recursos de personal de salud.

A continuación se resumen algunos de los resultados y las conclusiones de las presentaciones y discusiones.

Análisis de las tendencias en el campo de recursos de personal de salud

Se indicó que el problema de la utilización de personal no debe limitarse al exceso de este. Existen otros asuntos inherentes a este problema, tales como empleo y desempleo y, especialmente, oferta frente a demanda. El problema de la utilización debe analizarse a nivel de cada país individualmente.

Temas para análisis detallado

Integración de servicios y educación. Hubo consenso que la definición de las necesidades de salud podría ser una buena forma de mejorar la integración, empleando en particular las investigaciones sobre servicios de salud para definir la relación existente entre las necesidades, la demanda y la organización de servicios. El currículo de capacitación fue otro punto citado, junto con la posibilidad de que los estudiantes participen en la prestación de atención de salud.

Investigaciones sobre recursos de personal de salud. Se recomendó encarecidamente mejorar la utilización de las investigaciones y fomentar no solo estas sino la capacidad de realizarlas emprendiendo, entre otras cosas, actividades de búsqueda de grupos nacionales que puedan trabajar con los países en el desarrollo de investigaciones.

Utilización de personal. Se debatió mucho la manera de ejercer influencia en los países en lo que respecta a la utilización del personal de salud, reconociendo la existencia de muchos factores externos, por ejemplo, las condiciones de empleo y de vivienda en la zonas rurales. Se subrayó el interés de la OPS en emprender actividades en el campo de la utilización de personal, que tengan un sólido componente de investigación.

Recursos humanos para la atención primaria de salud. Se indicó que tal vez se espera demasiado de los trabajadores de salud de la comunidad, que a menudo no reciben el adiestramiento necesario, están mal remunerados y no cuentan con los medios necesarios para desempeñar sus funciones. Con frecuencia los ministerios esperan reducir el costo de la atención de salud de tecnología compleja mediante el enfoque de la atención primaria, pero ello puede llevar a abrigar esperanzas irreales.

Revisión de programas a mediano plazo

Se hizo particular hincapié en la necesidad de establecer un proceso de vigilancia y evaluación que se adapte a las necesidades de información y a los problemas causados por la falta de clasificación adecuada de los datos obtenidos en los países.

Discusiones de grupo

Coordinación con otros sectores programáticos. Se consideró que esta comprende la planificación y puesta en marcha de actividades. Se indicó que debe haber intensa colaboración entre las Oficinas Regionales y la Sede de la OMS, particularmente en los campos de: utilización/administración de personal de salud, investigaciones sobre recursos humanos en salud, y sistemas de información, incluidas vigilancia y evaluación.

Información sobre recursos humanos en salud. Se recalcó que el acopio de información sobre recursos humanos en salud podría realizarse por medio de mecanismos de cooperación técnica entre países en desarrollo.

Libros

PUBLICACIONES DE LA OPS Y DE LA OMS¹

Políticas de producción y comercialización de medicamentos esenciales (Discusiones Técnicas de la XXIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, 1983). Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 462, 1984. 70 págs. Precio: US\$6,00. ISBN 92 75 31462 4

El tema de los medicamentos esenciales se ha debatido en numerosos foros nacionales e internacionales en los últimos tiempos. En todos ellos se ha puesto de manifiesto que el suministro de medicamentos adecuados constituye un componente esencial para alcanzar la salud para todos en el año 2000. Lamentablemente, el acceso a los medicamentos esenciales sigue siendo restringido para una parte importante de la población en los países en desarrollo.

La presente publicación recoge el informe de las Discusiones Técnicas del Consejo Directivo en su XXIX Reunión sobre este tema, así como la resolución aprobada y el documento de referencia preparado para las Discusiones. Se incluyen con gran detalle los antecedentes del problema, conceptos sobre la producción y comercialización de medicamentos esenciales y algunas consideraciones sobre política general al respecto. Se presenta también información sobre la industria farmacéutica en general y en las Américas. En dos anexos se incluyen recuentos de algunas experiencias nacionales en materia de medicamentos en Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba y México, así como en países de la Comunidad del Caribe y países del Mercado Común Andino.

Entre las recomendaciones formuladas a los gobiernos por los participantes en las Discusiones Técnicas se encuentran las siguientes: que constituyan un comité intersectorial de alto nivel para formular políticas de medicamentos esenciales que contribuyan al logro de la salud para todos; que promuevan la autosuficiencia en el sector farmacéutico mediante medidas específicas; que fortalezcan sus sistemas de registro y de control de la calidad para asegurar la inocuidad y eficacia de los productos farmacéuticos; que mejoren la administración de los sistemas de suministros de medicamentos; que establezcan mecanismos para facilitar el acceso de la población a los medicamentos esenciales.

Disponible también en inglés: *Policies for the Production and Marketing of Essential Drugs*.

¹Estas publicaciones se pueden adquirir al precio indicado, si se solicitan al Servicio de Distribución y Venta, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, o a la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, según corresponda. En Sudamérica, pueden ser adquiridas a través del Centro Latinoamericano de Información en Ciencias de la Salud de la OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

Certificados de vacunación requeridos para los viajes internacionales y advertencias a los viajeros. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 463, 1984. 68 págs. Precio: US\$6,00. ISBN 92 75 31463 2

Esta publicación, traducción de la original publicada en inglés por la OMS, ofrece información actualizada sobre las medidas de prevención que deben tomar los viajeros contra muchas enfermedades transmisibles no incluidas en el Reglamento Sanitario Internacional. Se destacan entre ellas la malaria, ciertas infecciones transmitidas por insectos, numerosas formas de enfermedades diarreicas y una serie de padecimientos relacionados con el consumo de los alimentos y el agua.

En esta obra se incluye una lista por países de requisitos de certificados de vacunación e información sobre la situación de la malaria, sobre riesgos para la salud a que se exponen los viajeros, y datos importantes en relación con las precauciones contra ciertas enfermedades.

Será de utilidad para las autoridades nacionales y locales de salud pública, profesionales, agentes de viajes y los propios viajeros.

Informe Anual del Director, 1983. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Documento Oficial No. 196, 1984. 212 págs. Precio: US\$10,00. ISBN 92 75 37196 2

Este Informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, presenta un resumen de las actividades realizadas por los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud y las medidas adoptadas por la OSP en apoyo de las mismas durante el último año.

El documento destaca los progresos logrados hacia la meta regional de salud para todos en el año 2000 en el contexto de las estrategias regionales y el Plan de Acción para llevarlas a la práctica, y analiza objetiva y lógicamente los problemas nuevos que han surgido y los que quedan por solucionar así como las tendencias nacionales en materia de salud.

Las restricciones económicas, demográficas y sociales, aun cuando ciertamente entorpecen la labor que se requiere para lograr los objetivos regionales de salud, no representan un obstáculo insuperable ante los esfuerzos aunados de los Gobiernos y la OSP, lo que el Informe demuestra sin lugar a dudas.

En los primeros capítulos del libro se examina el desarrollo de los sistemas de servicios de salud en cuanto a la situación y tendencias actuales, planificación y gestión, organización de las redes de servicio, sistemas de información y coordinación intrasectorial. También se resumen las actividades emprendidas para movilizar los recursos financieros externos, imprescindibles a fin de fortalecer la capacidad técnica e institucional del sector. Es imposible separar el desarrollo de los servicios del desarrollo de los recursos humanos y el Informe, por tanto, ofrece información detallada sobre la promoción de políticas de planificación y educación en esta materia de capital importancia para los países. Asimismo, se evalúan la colaboración de la OSP y los programas que se llevan a cabo en salud ambiental para alcanzar las metas regionales y las del Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento.

En el capítulo dedicado a examinar el desarrollo de los programas de salud se puede observar hasta qué punto se han alcanzado las metas mínimas en cuanto a la esperanza de vida al nacer (70 años o más) y la mortalidad infantil (reducirla a menos de 30 defunciones por 1.000 nacidos vivos). En ambos casos es obvio que habrán de hacerse considerables esfuerzos para llegar a la meta regional.

Es innecesario destacar que durante el año la OSP prosiguió su colaboración con los países en la solución de problemas fundamentales de fomento y atención de salud; esa cooperación se hizo evidente en la diversidad y cantidad de materias que el Informe examina: alimentación y nutrición; salud maternoinfantil; salud de los trabajadores, de los ancianos y de los impedidos; situación de la mujer en la salud y el desarrollo; salud oral; salud mental; salud radiológica; prevención y control de accidentes; servicios de laboratorio; programas de medicamentos esenciales, de producción de vacunas, de transfusión de sangre, y de preparativos para situaciones de emergencia.

Se suministran datos detallados sobre la situación en la Región de los programas de inmunización, con especial referencia al Programa Ampliado de Inmunización, así como sobre el control y la erradicación de las principales enfermedades que prevalecen en la Región.

Las actividades más notables en la estrategia de gestión de la OSP durante 1983 se concentraron en la generación de conocimientos, es decir, investigaciones y desarrollo de la tecnología; divulgación; movilización de la capacidad institucional; cooperación técnica entre los países, y movilización de recursos externos.

En otros capítulos del Informe se examinan el programa y presupuesto de la Organización, la estrategia de gestión de la OPS para lograr equidad, eficacia, excelencia y eficiencia en el empleo de los recursos, y los servicios en apoyo de esa gestión.

Aparte de las innovaciones que se introdujeron en el formato del Informe para hacerlo más ágil y de mayor utilidad, en el último capítulo se presenta un resumen de las actividades país por país, basado en los informes anuales de las Representaciones de la OPS en los países, que servirá para dar una idea bien precisa de la labor desarrollada en cada país durante el año a fin de mejorar las condiciones de salud de todos los habitantes del Hemisferio.

Disponible también en inglés: *Annual Report of the Director, 1983*.

Uprooting and health. Psycho-social problems of students from abroad, por Charles A. A. Zwingmann y Alexander D. G. Gunn. [El desarraigo y la salud. Problemas psicosociales de los estudiantes extranjeros]. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, Documento WHO/MNH/83.8.¹

Una de las tendencias marcadas de la enseñanza desde la Segunda Guerra Mundial es el número en constante aumento de estudiantes que van a cursar al extranjero toda la enseñanza superior o parte de ella. Según la UNESCO, había unos 240.000 de estos estudiantes en 1960 y 700.000 15 años después solamente. Es probablemente imposible calcular con exactitud cuántos estudiantes hay actualmente en el

¹Tomado de *Crónica de la OMS* 37(6):254, 1983.

extranjero, pero los autores de un documento recién publicado sobre el desarraigo y la salud y los problemas psicosociales de los estudiantes en el extranjero estiman que su número rebasa con mucho el millón.

Los estudiantes desempeñan un papel fundamental en la sociedad, pues entre ellos figuran los administradores, los profesionales y los dirigentes de mañana. La calidad de su experiencia durante su estancia en el extranjero no solo influye en su vida personal, profesional y social, sino que condiciona su actitud en la vida internacional. Un rasgo universal de esta experiencia es el desarraigo. Los estudiantes en el extranjero están desarraigados con respecto a su familia, sus amigos y su patria. Hacer frente con éxito a esta experiencia, que normalmente resulta generadora de tensión, puede resultar en definitiva algo beneficioso y enriquecedor para el individuo. Pero el alumno cuya capacidad de tolerancia a las tensiones es rebasada por los trastornos que supone el cambio queda aquejado por lo que se ha denominado un "trastorno del desarraigo".

Esta obra ha sido publicada por la División de Salud Mental de la OMS como una guía para la comprensión de estos problemas del desarraigo y un medio de intervención con fines preventivos y de remedio de la situación.

El documento está destinado a las autoridades sanitarias, los servicios universitarios de salud, las administraciones de las universidades y otros centros de enseñanza superior, las organizaciones de asistencia social a los estudiantes y los propios alumnos. En la Parte 1 figura información sobre el número de estudiantes desarraigados y las razones por las cuales han emigrado, junto con observaciones sobre la salud psicosocial de los estudiantes en general y de los alumnos extranjeros en particular. Sigue luego la definición del desarraigo y de los trastornos producidos por esta situación, incluidos los síntomas, la predisposición y los factores desencadenantes de los trastornos. La Parte 2, dedicada a la intervención, abarca la prevención y las medidas de remedio. Las medidas preventivas comprenden el examen, antes de la partida del estudiante, de su estado de salud físico y psicológico, la familiarización de los estudiantes antes de su viaje con el fenómeno del desarraigo, el intercambio de información después de su llegada al país de acogida, las medidas de autoayuda y la información complementaria y la orientación antes y después de su regreso al país de origen. Entre las medidas de remedio figuran algunas que pueden ser tomadas por los servicios de asesoramiento y de salud de los estudiantes. Se trata en detalle de las dificultades con que pueden tropezar para el diagnóstico los médicos y los asesores. En la guía se exploran tanto los problemas a los que cabe aplicar medidas de remedio como los trastornos para los que no parece haber ninguna solución. Por último, la guía expone un plan de intervención contra el desarraigo para uso de agentes sanitarios sociales. El texto está ilustrado con ejemplos de casos. Una bibliografía² y un índice de autores y de temas hacen todavía más útil este trabajo.

²Véase también: Zwingmann, C. *Uprooting and related phenomena. A descriptive bibliography* (documento de la OMS, MNH/78.23). Se trata de una bibliografía que abarca no solo a los estudiantes sino también a las demás poblaciones migrantes. Véase *Crónica de la OMS* 33(1):28, 1979.

INDICE DEL VOLUMEN 18 (1984)

Educación Médica y Salud

A

- Acreditación de programas académicos, 136-149
- Actitud y comportamiento en profesiones de salud y función de escuelas de salud pública, 371-392
- Adiestramiento (*véase* Capacitación)
- Administración de hospitales, residencia médica en, 288-298
- Administración de sistemas de suministro de medicamentos, curso, 450
- Amador, Manuel, 182, 344
- América, desarrollo de recursos humanos en las, 9-33
- América Latina, cooperación científico-técnica universitaria, 1-8
- Arango de Bedoya, Yolanda, 164
- Argentina
 - epidemiología, seminario sobre usos y perspectivas de la, 307-312
 - información en salud, seminario sobre, 320
 - planificación, cursos internacionales de, 320
- Asmología, XI Congreso Mundial, 101-102
- Asociación Médica Americana (AMA), 137-141
- Atención primaria
 - enfermería, 34-45
 - práctica comunitaria rural, con estudiantes de medicina, 164-181
- Atención de salud rural, incorporación de la mujer en la, 393-401
- Avaliação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 62-74

B

- Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 443
- Banco Mundial, 443
- Becas, Programa de la OPS, 1983, 317
- Bender, Deborah, 393
- Bibliografía sobre información científica, 449-450
- Biblioteca Nacional de Medicina (EUA), 96
- Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME), 5
- Bond, Lydia S. L., 437
- Braga, Ernani, obituario, 317-318
- Brasil
 - avaliação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 62-74
 - desarrollo de sistemas de salud, seminarios sobre, 319-320
 - planificación, cursos de, 320
 - puericultura, curso en ambulatório, planejamento e execução, 125-135
 - residência médica em administração hospitalar, 288-298

C

- Caja del Seguro Social (Panamá), 100
- Canadá
 - pasantía obligatoria de radiología diagnóstica, 299-306
- Canales, Francisca H. de, 419
- Capacitación
 - desarrollo de sistemas de salud, 319-320

- en ciencias básicas biomédicas, 182-194
 - en enfermería, 97-98
 - personal técnico y auxiliar en salud pública veterinaria, 84-95
 - de profesionales de la salud, papel del trabajo científico de estudiantes, 344-358
 - de técnicas de laboratorio y de radiología, acreditación y certificación, 136-149
(véase también Educación y adiestramiento)
 - Casas, Luz Angela, 164
 - Castillo, Luisa, 182
 - Centro Panamericano de Planificación de la Salud, 10
 - Ciencias básicas biomédicas, formación de recursos humanos en, 182-194
 - Cirugía simplificada, modelos de, 274-287
 - Colegio Médico de Chile, 359
 - Colombia
 - atención primaria rural, experiencia con estudiantes de medicina, 164-181
 - cirugía simplificada, programa de, 274-287
 - enfermería, programa de posgrado, 316-317
 - planificación, cursos de, 320
 - promotoras de salud, evaluación, 437-442
 - Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 3
 - Congreso Mundial de Asmología, XI, 101-102
 - Consejo Nacional de Salud Internacional (EUA), 319
 - Convenio Hipólito Unanue, 450
 - Cooperación científico-técnica universitaria y organismos internacionales, 1-8
 - Cooperación técnica entre países en desarrollo, reunión del Grupo Especial de Trabajo de la OPS, 442-446
 - Coordinación multiprofesional, 20-23
 - Coordinación de programas de educación continua y supervisión, reunión de, 75-83
 - Costa Rica
 - carrera de nutrición, revisión del plan de estudios, 260-273
 - enfermería, personal y plan de salud, 99
 - CTPD (véase Cooperación técnica entre países en desarrollo)
 - Cuba
 - formación en ciencias básicas biomédicas, 182-194
 - formación y trabajo científico de estudiantes de medicina, 344-358
 - Cummings, Martin M., Premio Abraham Horwitz, 96
 - Curso(s)
 - administración de sistemas de suministro de medicamentos, 450
 - cadera del niño, 319
 - enfermería, capacitación, 97-98
 - posgrado, 316-317
 - epidemiología clínica, 212-213
 - epidemiología y control de tuberculosis e infecciones respiratorias agudas, 213-214
 - Chile
 - médico, perfil profesional del, 359-370
 - sistema de evaluación de una carrera de medicina, 195-206
- D**
- Danais, Slevin, 299
 - Definición operativa del proceso salud-enfermedad, 150-163
 - Desarrollo institucional, 101
 - Desarrollo de recursos humanos, reunión interregional sobre, 450-451
 - Desarrollo de sistemas de salud
 - cursos, seminarios y talleres, 319-320

Día Mundial de la Salud, 207-210
Dussault, Robert, 299

E

Editorial, 1-8, 233-235
Educación y adiestramiento
 continua y supervisión, coordinación
 de los programas, 75-83
 desarrollo pedagógico, 23-24
 médica, cooperación científico-técnica entre universidades y organismos internacionales, 1-8
 nutrición, plan de estudios, 260-273
Educación a distancia, 81-82
Educación continua, 26-27
Educación médica
 elementos de apoyo en la, 402-418
 intercambio técnico-científico, 4-8
El Salvador
 desarrollo de recursos humanos, 99
Enfermeras, cursos de capacitación, 97-98
Enfermería
 en atención primaria, 34-45
 cursos de posgrado, 316-317
Enseñanza
 de medicina y mercado de trabajo, 329-343
 de solución de problemas en escuelas de medicina, 46-61
Epidemiología
 clínica, cursos, 212-213
 y control de tuberculosis e infecciones respiratorias agudas, cursos nacionales, 213-214
 orientaciones nuevas, 238-259
 usos y perspectivas, 233-235, 307-315
Escuelas de medicina
 enseñanza de solución de problemas, 46-61
Escuelas de salud pública
 función en cambiar actitud de trabajadores de salud, 371-392

Estados Unidos
 técnicos de laboratorio y de radiología, acreditación de programas educativos y certificación de, 136-149
Estomatología pediátrica, simposio, 319
Estrategias de salud para todos, función de las universidades en las, 447-449
Evaluación de una carrera de medicina, análisis del sistema de, 195-206

F

Federación Panamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM), 2
Fernández-Britto, José E., 344
Ferreira, José Roberto, 1, 402
Formación (*véase* Capacitación)
Frenk, Julio, 329
Fundación Getulio Vargas, 288, 289, 293
Fundación de Investigación Médica, convocatoria de premios para 1985, 211-212
Fundación Milbank Memorial, 4, 10
Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), 96
Fundación Rockefeller, 212
Fundación W. K. Kellogg, 288, 289

G

García Bates, Alicia M., 288
García, Juan César, *in memoriam*, 236-237
García, Pedro, 260
Gleich, Carol S., 136
Godoy, Silvia Maria Pires Véspoli, 62
Goldberg, Tamara B. L., 125
Grignon, Andrée, 299
Grill, Hernán, 164

Guatemala
 desarrollo de recursos humanos, 99
 Guerra de Macedo, Carlyle, 209-233

H

Haddad, Jorge, 419
 Heller, Leonard E., 46
 Herrera Lasso, Fernando, 34
 Honduras
 desarrollo institucional, 101
 desarrollo de recursos humanos, 100
 investigación sobre personal de salud, 101
 Hoyos, Jaime, 164

I

Ibáñez, P., 359
 Infecciones respiratorias agudas y tuberculosis, cursos de epidemiología y control de, 213-214
 Infectología pediátrica, simposio interamericano, 319
 Información científica, difusión de, 449-450
 Información en salud, seminario sobre, 320
 Instituto Centro Americano de Administración Pública (ICAP), 450
 Instituto Hondureño de Seguridad Social, 100
 Instituto Mexicano de Seguridad Social, 42, 332-335, 337
 Instituto Nacional de Pediatría de México, reuniones, 319
 Integración docente-asistencial en salud, 214-216
 Investigación, personal de salud, 101

J

Jiménez, Fernando, 164

K

Kisil, Marcos, 288

L

Laboratorio, acreditación de programas educativos y certificación de técnicos, 136-149
 LaFortune, Michael, 299
 Laguna García, José, 150
 Lane, John Cook, 62
 Libros, reseñas de, 103-108, 217-229, 321-324, 452-455
 López Cervantes, Malaquias, 150

M

Mahler, Halfdan, 207
 Medicamentos, administración de sistemas de suministro, 450
 Medicina
 atención, enseñanza y mercado de trabajo, 329-343
 carrera de, evaluación, 195-206
 del deporte, congreso internacional de, 319
 Médico, perfil profesional del, 359-370
 Mejía, Alfonso, 371
 Métodos innovativos para formación de personal técnico y auxiliar en salud pública veterinaria, reunión sobre, 84-95
 México
 enfermería en atención primaria, 34-45

medicina, internado y mercado de trabajo, 329-343
pediatría, reuniones del Instituto Nacional de, 319
planificación, cursos de, 320
Montoya, José Gilberto, 164

N

Naciones Unidas (NU), 3
Nájera, Rosa María, 34
Noticias, 96-102, 211-216, 316-320, 447-451
del Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCCAP), 99-101
del Programa de Desarrollo de Sistemas de Salud, 319-320
Nutrición, plan de estudios revisado, 260-273

O

Obituario, 236, 317
Oftalmología pediátrica, simposio internacional, 319
Organismos internacionales y cooperación científico-técnica universitaria, 1-8

P

Pacto Andino, 11, 450
Panamá
desarrollo de recursos humanos, 100
Pardo de Vélez, Graciela, 274
Pasantía obligatoria de radiología diagnóstica, 299-306
Peña, Manuel, 182, 344
Pérez, H., 359
Perfil profesional del médico, 359-370

Perinatología, reunión internacional sobre tecnología en, 449
Personal
de salud, investigación, 101
de salud pública veterinaria, capacitación, 84-95
utilización de, 24, 117-118
Pinotti, José Aristodemo, 62
Plan de Acción y desarrollo de recursos humanos, 113-124, 420
Plan Decenal de Salud, 5-6
Planificación
de recursos humanos, 9-33, 113-124
de sistemas de salud, 319-320
Premio Abraham Horwitz, 1983, 96
Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCCAP), 420, 432-433
noticias del, 99-101
Programa Ampliado de Libros de Texto y Material de Enseñanza (OPS), 5, 7
Programa de Desarrollo de Sistemas de Salud (OPS), noticias del, 319-320
Programa de Desarrollo de Tecnología de Salud (OPS), actividades, 449-450
Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, 288-295
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 443
Programa Regional de Capacitación de Asistentes en Salud Animal (REPAHA), 84
Programas de educación continua y supervisión, reunión de coordinación, 75-83
Promotoras de salud, metodología para evaluar su función, 437-442
Psicología de la Salud, I Seminario Internacional de, 214

Psiquiatría, videocintas en la enseñanza de, 312-315
 Publicaciones de la OPS y de la OMS, 103-108, 217-229, 321-324, 452-455
 nuevas series de la OPS, 98-99
 Puericultura, curso de, 125-135

R

Radiología
 acreditación de programas educativos y certificación de técnicos, 136-149
 diagnóstica, pasantía obligatoria en, 299-306
 Ramírez, L., 359
 Raymond-Tremblay, Danielle, 299
 Recursos humanos
 desarrollo de, reunión interregional, 450-451
 formación en ciencias básicas biomédicas, 182-194
 para la salud, propuesta para formación de, 419-436
 y el Plan de Acción, 113-124, 420
 planificación y programación, 9-33
 Repetto M., Ana, 195
 Reseñas, 75-95, 207-210, 307-315, 437-446
 Residência médica em administração hospitalar, 288-298
 Retamal, F., 359
 Reuniones (*véase bajo* el tema respectivo)
 Ricardo, Josefina, 182
 Rizzato, Águeda B. P., 125
 Rodríguez Domínguez, José, 150
 Rodríguez, Ligia, 260

S

Saint-Georges, Guy, 299
 Salties, Jacques, 299

Salud-enfermedad, definición evaluativa del proceso, 150-163
 Salud internacional y las universidades, 319
 Salud del niño, 207-210
 Salud pública veterinaria
 personal técnico y auxiliar, formación de, 84-95
 Schiappacasse, E., 359
 Seminario sobre
 capacitación en desarrollo de sistemas de salud, 319-320
 epidemiología, usos y perspectivas de la, 307-312
 información en salud, 320
 integración docente-asistencial en materia de salud, 214-216
 planificación y administración estratégica para desarrollo de sistemas de salud, 320
 psicología de la salud, 214
 Serie PALTEX
 para Ejecutores de Programas de Salud, 98-99
 para Técnicos Medios y Auxiliares, 98-99
 Shumway, James M., 46
 Sistemas cosmopolitas y tradicionales de salud: la mujer como nexa, 393-401
 Soberón Acevedo, Guillermo, 34
 Sociedad Americana de Microbiología, 142
 Sociedad Americana de Patólogos Clínicos, 142
 Sociedad Americana de Tecnología Médica, 142
 Sociedad Interamericana de Psicología, 214
 Sociedad Internacional de Tecnología de Laboratorio Clínico, 145
 Sociedad Nacional de Histología (EUA), 142
 Supervisión, sistemas de, 24-26

T

- Taller sobre
desarrollo de sistemas de salud, 319-
320
desarrollo de tecnología de salud,
449
Tayar, Edson, 288
Tecnología educacional apropiada,
118-121
Tecnología de salud, 449-450
Toney, Susan Vandale, 150
Torres, Clara Hermencia, 164
Torres de Galvis, Yolanda, 238
Trezza, Ercilia M. C., 125
Tuberculosis e infecciones respirato-
rias agudas, cursos de epidemio-
logía y control, 213-214

U

- Universidad de Brasilia, 312-315
Universidad de Carolina del Norte
(EUA), 319
Universidad de Concepción, 361
Universidad de Costa Rica, 260-273
Universidade Estadual de Campinas,
62-74
Universidad de Honduras, 100, 101

- Universidad Javeriana (Colombia),
450
Universidad de Montreal, 299-306
Universidad Nacional Autónoma de
México (UNAM), 331, 335-338
Universidad Nacional de Colombia,
316-317
Universidad de Panamá, 100
Universidade de São Paulo, 288-298
Universidad del Valle (Colombia),
165, 274
Universidades
función en las estrategias de salud
para todos, 447-449
y salud internacional, mesa redonda,
319

V

- Valido, Sandra, 344
Vargas, M. Elsa, 46
Vélez Gil, Adolfo, 274
Vidal, Carlos, 9, 113
Videocinta para enseñanza de psiquia-
tría, 312-315

Z

- Zalazar R., Diego, 195

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.

| | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|--|
| GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS | Antigua y Barbuda Argentina Bahamas Barbados Belice Bolivia Brasil Canadá Colombia | Costa Rica Cuba Chile Dominica Ecuador El Salvador Estados Unidos de América Grenada | Guatemala Guyana Haití Honduras Jamaica México Nicaragua Panamá Paraguay | Perú República Dominicana San Cristóbal y Nieves San Vicente y Granadinas Santa Lucía Suriname Trinidad y Tabago Uruguay Venezuela |
|-------------------------------------|--|---|--|--|

GOBIERNOS PARTICIPANTES Francia Reino de los Países Bajos Reino Unido

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Director **Dr. Carlyle Guerra de Macedo** Director Adjunto **Dr. H. David Banta** Subdirector **Dr. Ramón Álvarez Gutiérrez**

OFICINAS DE AREA

Area I, Apartado 6722 Caracas, Venezuela Area III, 7ª Ave. 12-23, Zona 9 Guatemala, Guatemala Area V, Caixa Postal 04-0229 Brasilia, D.F., Brasil

Area II, Apartado 105-34 México 5, D.F., México Area IV, Casilla 2117 Lima, Perú Area VI, Charcas 684, 4º piso Buenos Aires, Argentina

Oficina de Campo 509 U.S. Court House El Paso, Texas, E.U.A. **Caribe** Coordinador de Programa en el Caribe P.O. Box 508, Bridgetown, Barbados

OFICINA CENTRAL

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

CONTENIDO

LA ATENCION MEDICA, LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA Y EL MERCADO DE TRABAJO PARA LOS MEDICOS: EL INTERNADO EN MEXICO

EL TRABAJO CIENTIFICO DE LOS ESTUDIANTES: SU PAPEL EN LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO

CAMBIO DE ACTITUD DE LOS TRABAJADORES DE SALUD: FUNCION DE LAS ESCUELAS DE SALUD PUBLICA

LOS SISTEMAS COSMOPOLITAS Y TRADICIONALES DE SALUD: LA MUJER COMO NEXO

EL PAPEL DE LOS ELEMENTOS DE APOYO EN LA EDUCACION MEDICA

POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD: UNA PROPUESTA PARA SU FORMACION

METODOLOGIA PARA EVALUAR LA FUNCION DE LAS PROMOTORAS EN COLOMBIA

REUNION DEL GRUPO ESPECIAL DE TRABAJO DE LA OPS SOBRE COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES EN DESARROLLO (CTPD)

NOTICAS

LIBROS

