

Volumen 23, No. 2
Abril/junio 1989

Educación Médica y Salud

**RECURSOS HUMANOS.
NUEVOS ESPACIOS
DE TRABAJO**

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

E DUCACION MEDICA Y SALUD

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

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

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

ISSN 0013-1091

Últimos números publicados:

Vol. 22, No. 4: Promoción de liderazgo y formación avanzada en salud pública. Primera parte

Vol. 23, No. 1: Promoción de liderazgo y formación avanzada en salud pública. Segunda parte

Próximo número:

Vol. 23, No. 3: PASCAP: una experiencia de cooperación técnica entre países

Educación Médica y Salud

Volumen 23, No. 2
1989

ARTICULOS

- 119 **Análisis prospectivo de la educación en enfermería**
- 155 **Uruguay: metodología para un modelo de simulación de oferta médica futura.** *Ricardo Meerhoff y Darrell Lewis*
- 168 **Brasil: a questão dos recursos humanos no distrito sanitário.** *Francisco Eduardo de Campos*
- 182 **Una perspectiva histórica del hospital.** *María Gilma Arroyave y Pablo Isaza N.*
- 192 **Homenaje póstumo a Amador Neghme.** *Abraham Horwitz*

NOTICIAS

- 203 **Cooperación del Gobierno Español en el área de recursos humanos en salud**
- 203 **Fallecimiento del profesor Abel Wolman**
- 204 **Coloquio de investigación en enfermería**
- 204 **Proyecto para la creación de la Universidad Andina en Bolivia**
- 205 **Comité Consultivo del Proyecto USALC-XXI**
- 205 **V Conferencia Internacional de OFEDO-UDUAL**

CONSEJO EDITORIAL DE *EDUCACION MEDICA Y SALUD*:

- Dr. José Roberto Ferreira, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Presidente)
- Dr. Jorge Haddad, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Secretario)
- Dr. Jean Pillet, Banco Mundial
- Dr. Carlos Martini, American Medical Association
- Dr. Manuel Bobenrieth, Programa de Información Científico-técnica en Salud, OPS
- Ing. Horst Otterstetter, Programa de Salud Ambiental, OPS

INFORMACION PARA LOS AUTORES

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

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

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

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

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

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

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

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

ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LA EDUCACION EN ENFERMERIA ^{1,2}

INTRODUCCION

Puestas en relieve las demandas crecientes de la población frente a sus necesidades de salud, por el advenimiento de nuevas políticas de salud y por la adopción de la estrategia de atención primaria, se observa que se desarrolla una conciencia en la profesión de enfermería de que el actual modelo de prestación de servicios debe modificarse y la enfermera debe asumir un papel más activo para contribuir a la meta de salud para todos en el año 2000 (SPT/2000). Paralelo a estos cambios, se necesitaría una reorientación de los procesos de formación de recursos humanos en enfermería, lo cual debe realizarse tomando en cuenta el contexto político y socioeconómico que caracteriza a la sociedad, la problemática de salud, la organización de los servicios de salud, el conocimiento científico-técnico en enfermería y el desarrollo del proceso educativo.

En una sociedad que experimenta cambios de crisis en todas las esferas, como los que enfrenta hoy, es importante precisar la contribución de enfermería teniendo en cuenta no solo la situación actual, sino también el desarrollo de esta sociedad hacia el futuro.

¹ El análisis prospectivo de la educación médica en América Latina fue presentado en *Educación Médica y Salud*, Vol. 22, No. 3, 1988.

² Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. José Roberto Ferreira, Coordinador, y Carol B. Collado y Maricel Manfredi, responsables del proyecto, agradecen la cooperación de las siguientes personas, cuya intervención fue invaluable en el diseño e implementación de esa metodología en enfermería: Susana E. de Alayo, OPS/Argentina; Francisca de Canales, OPS/PASCAP/Honduras; Georgina de Carrillo, Ecuador; María Eugenia Casas, Colombia; Silvia Daneri, Argentina; Gloria Drago, Argentina; Estrella Fernández, Argentina; Carmen Victoria Flores, Venezuela; Nilma Santos Fontanides, Brasil; Gloria Miotto Wright, Brasil; Gladys Quintanilla, Chile; Noemí Ríos, Paraguay; Ursulina Rodríguez, Venezuela; Ma. Alice Roschke, OPS/Washington, DC; Soledad Sánchez, Uruguay; Lourdes Velasco, Ecuador; Olga Verderese, Brasil; Carlos Vidal, OPS/Argentina y Rosa Villalba, Argentina.

Si bien es cierto que enfermería ha participado en muchos avances en el área de la salud, la situación actual parece demandar un desempeño aún más efectivo, más coherente con la realidad socioeconómica de los países y llevado a cabo de tal manera que cause un impacto en la situación de salud, moviéndola hacia la meta SPT/2000.

Tradicionalmente, la escuela de enfermería utilizará dos procesos en definir su quehacer: evaluación y planeación.

La evaluación se ha usado para conocer frente a criterios establecidos, cómo una escuela ha venido desarrollando la educación de enfermería dentro de esa misma escuela. Aunque mucho han servido en su momento, las evaluaciones tienden a concentrarse en los aspectos técnico-administrativos y curriculares, desde un punto de vista que suele estar circunscrito a la profesión misma.

Por otro lado, la planeación ha sido aplicada para adelantar el camino de las instituciones docentes, pero así como en el caso de la evaluación, poco se ha usado para tomar en cuenta la salud como elemento del desarrollo sociopolítico-económico, no porque la metodología no lo permita, pero quizás por partir del punto de vista de las evaluaciones de tipo técnico.

En el proceso de explorar metodologías que facilitarían a la enfermería la toma de un papel más relevante en relación a SPT/2000, se encontró que al parecer, la metodología de análisis prospectivo tiene muchas ventajas. Además, contiene componentes de procesos familiares, lo cual hará más fácil su aplicación.

El análisis prospectivo ofrece la posibilidad de crear un futuro deseado tomando en cuenta los elementos sociales e históricos individuales de cada institución —no solo los de la actualidad, sino ideando condiciones futuras. La incorporación de los elementos socioeconómico-políticos es fundamental en encontrar soluciones a la situación actual. El aspecto de tomar el futuro deseado como punto de partida para ubicar o diagnosticar la situación actual de la escuela, permite identificar la distancia entre estos puntos y le proporciona una idea de los esfuerzos necesarios para lograr el objetivo propuesto. Además, como el grupo de trabajo está pensando en cómo establecer un camino hacia el futuro, el análisis prospectivo tiende a evitar los problemas de culpabilidad y defensa, comunes al proceso tradicional de evaluación y permite dirigir las energías hacia el proceso de cambio.

Antes de entrar de lleno en los detalles de esa metodología, valdría examinar los esfuerzos hechos hasta ahora. Para ubicar al análisis prospectivo en su contexto, se examinaría la historia de la evaluación en la Región de las Américas con el fin de facilitar la comprensión de los esfuerzos de las escuelas de enfermería para mejorarse.

LA EVALUACION SISTEMATIZADA EN AMERICA LATINA

La expansión e institucionalización de la educación en enfermería en escuelas dependientes de hospitales, ministerios de salud y/o universidades que se observa a partir de la II Guerra Mundial, hace que en 1949 surja una preocupación por parte de la OPS de promover evaluación en la educación en enfermería en América Latina. Se aplica entonces una encuesta a las escuelas existentes con el objeto de determinar cuáles de ellas podrían servir de centros de adiestramiento para enfermeras procedentes de otros países, donde la enseñanza de la profesión se encontraba en sus fases iniciales.

Los resultados encontrados mostraron que la educación para enfermeras se orientaba al cuidado hospitalario, enfatizando atención en salas de operaciones y relegando a un segundo plano la formación en salud pública. Los cursos básicos se constituían en enseñanza teórica y experiencia práctica que en general no se encontraban articuladas. La enseñanza de las ciencias sociales no tenía relevancia en los planes de estudio. Los programas existentes en general no cumplían los requisitos universitarios, principalmente en relación a las exigencias de escolaridad previa.

Este primer esfuerzo de llevar la evaluación a la mayoría de las escuelas permitió fijar criterios mínimos en términos de elevar los requisitos educacionales de ingreso, preparación del personal directivo y docente, duración mínima del programa y experiencias educativas en las áreas hospitalarias y de salud pública.

La incorporación de la educación de enfermería a la universidad, de manera sistemática que tuvo su inicio en los años 1950, fue fuertemente influenciada por los modelos pedagógicos dominantes en la formación médica. En función de la reforma Flexneriana, el modelo pedagógico estableció límites precisos entre la enseñanza básica y la clínica. Varios programas pasaron a ofrecer las asignaturas de ciencias básicas en departamentos especializados de la universidad. El hospital continuó centralizando las experiencias profesionales y las pocas experiencias en salud pública eran desarrolladas durante el último año académico y en centros de salud "modelo".

En 1959, se realizó una segunda encuesta en las escuelas de enfermería, bajo los auspicios de la OPS, para identificar el número de escuelas que reunían los requisitos mínimos establecidos a partir de la evaluación y los cambios y tendencias introducidos desde 1949. Otra finalidad fue la identificación de áreas que requerían cambios para asegurar una formación adecuada de las enfermeras.

El estudio constató que se había duplicado el número de escuelas que reunían los requisitos mínimos, un aumento del número de estudiantes y la elevación en el número de escuelas con secundaria completa como requisito de ingreso. La información recogida sobre la forma-

ción de directoras, supervisoras e instructoras mostró pocos cambios desde 1949, existiendo aún grandes necesidades respecto a su nivel de preparación. Los planes de estudio mostraban un aumento del tiempo dedicado a las áreas de salud pública y enfermedades transmisibles.

Estos cambios en la formación de la enfermera coincidieron con el desarrollo de la medicina preventiva, la creación de servicios integrales de salud y la influencia del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Había una mejor utilización de la práctica clínica, y a pesar de que se continuaba la enseñanza por materias, se observaba ya en algunas escuelas la integración por áreas de enfermería. La incorporación de materias como ciencias sociales y de la conducta, comenzaba a evidenciarse como parte básica de los planes de estudios.

En 1976, se realizó una tercera evaluación sobre educación en enfermería en las universidades. Su objetivo era determinar en qué medida las escuelas respondían a las necesidades de salud de los países para que a partir de esta evaluación pudiesen identificar los cambios necesarios y elaborar planes futuros. En esta evaluación se obtuvo representación de docentes y estudiantes en el proceso y la participación del personal directivo de los servicios de enfermería.

Este estudio evidenció discrepancia entre los objetivos de la formación y las expectativas de la práctica. Otro aspecto que surgió de este estudio fue la existencia de un mayor reconocimiento de los programas de formación de enfermeras por parte de la universidad, reflejándose esto en una mayor independencia en la toma de decisiones académicas, así como en la participación de algunas escuelas en los órganos directivos de las universidades.

En 1982, se realizó otro estudio sobre los programas de formación de enfermeras profesionales en América Latina, que analizó la formación de las enfermeras profesionales, a fin de proponer alternativas para el desarrollo de un sistema educacional de enfermería capaz de enfrentar los problemas y demandas de los servicios de salud.

El estudio de 1982 demostró que la enseñanza de enfermería profesional en la Región presentaba un alto grado de heterogeneidad y complejidad, considerándose necesario estudiar más profundamente las relaciones entre las diferentes orientaciones de los programas y la práctica profesional. También identificó dificultades en describir el perfil ocupacional de la enfermera universitaria, debido a la presencia de programas de diferentes niveles y la falta de división técnica del trabajo, entre estos, en el área de la salud.

No solo a nivel regional han existido esfuerzos para el mejoramiento de la educación en enfermería; en las últimas décadas —conscientes del papel protagónico de la profesión para el logro de la meta SPT/2000— algunas de las escuelas de enfermería de América Latina emprendieron reformas curriculares, a fin de adecuar sus programas a las

realidades de cada país y a las necesidades de la población. Dichas reformas pretenden orientar la formación desde un punto de vista epidemiológico-social, tomando como premisas la integración docencia-servicio y la participación comunitaria. Además, incorpora como uno de los ejes curriculares la solución de problemas y el proceso de toma de decisiones.

Por otra parte, diversos países/escuelas han realizado estudios evaluativos, con objetivos y metodología variados, los que también han dado origen a reformas curriculares. Se pueden mencionar estudios similares a los regionales y los que utilizaron la metodología de análisis histórico en enfermería, con la finalidad de comprender mejor las causas y fuerzas existentes en la realidad de la profesión.

La OPS ha sido también activa en relación con la planificación en el campo de enfermería. A partir de la recomendación hecha por los ministros de salud en 1970 en el Plan Decenal de Salud de las Américas, de que se preparasen enfermeras en planeación y programación para poder participar en las decisiones al respecto, se montó un proyecto para tal fin.

A base del enfoque del análisis de sistemas, se preparó en los años 1973-1975 a un grupo de enfermeras de servicio y docencia (aproximadamente 150) en la metodología de planificación, con la intención de que estas personas se hicieran agentes multiplicadores en sus países. Incluidas en su adiestramiento estaban las formas de examinar la realidad socioeconómica y política, la identificación de factores restrictivos y cómo utilizar información en el proceso de planeación. Se discutió cómo maximizar estrategias en el proceso de cambio. En varios países este personal ha tomado posiciones de importancia en proceso de planeación en salud y en recursos humanos. Muchas de las mismas técnicas son aprovechadas en el proceso de transformación, usando la metodología del análisis prospectivo, como se verá a continuación.

EL ANALISIS PROSPECTIVO

Como antes se dijo, el análisis prospectivo es una metodología mediante la cual se examina una situación dada y a través de un análisis se proponen cambios para el futuro. Parece ser que su empleo en las escuelas de enfermería podría ser de gran utilidad, ya que consiste en un esfuerzo para descubrir, explorar y examinar sistemáticamente diferentes aspectos de un futuro posible. Permite establecer una visión simulada sobre una situación, tomando en cuenta un espectro amplio de factores y sus posibles formas de interrelación. Posibilita prever las consecuencias de un cambio o del aporte de un nuevo elemento. Intenta, además, distinguir claramente entre fines y medios y se concentra más sobre aspectos cualitativos que los cuantitativos.

Como su nombre lo indica, hay dos elementos claves. El primero es la perspectiva que se toma respecto a una situación en estudio. El segundo es la forma en que se realiza el análisis de dicha situación.

La perspectiva de esta metodología es diferente de la que habitualmente se ha venido utilizando, porque intenta proyectarse hacia un futuro inmediato y en función de ello examinar lo necesario para alcanzarlo. En cierto sentido puede verse como una visión retrospectiva desde el futuro hacia el presente, para gestionar acciones tendientes al cambio. Es parte fundamental del análisis prospectivo el que se conceptualice cualquier situación bajo un enfoque amplio e integral; considerando por ejemplo la salud como un fenómeno y componente del desarrollo socioeconómico-político, y no como un elemento separado.

El segundo elemento clave es la forma en que se realiza el análisis. Partiendo del futuro, se examinan y contrastan varias alternativas para lograr el futuro deseado, no solo desde el punto de vista de la eficacia de las alternativas, sino también tomando en cuenta las consecuencias sociales que resultan de las diferentes estrategias escogidas para dicho logro. Las posibilidades de examinar las consecuencias sociales probables de una acción antes de comprometerse con ella, es un punto beneficioso del análisis prospectivo.

La metodología es flexible, lo cual permite su adaptación a diferentes realidades específicas, a diferentes estados de desarrollo curricular o institucional, a diferentes momentos en el desarrollo de la profesión de enfermería y a diferentes situaciones sociopolíticas.

En enfermería se concibe la utilización de la metodología del análisis prospectivo como un proceso que empieza con una fase de tipo exploratorio o diagnóstico, seguido por un análisis profundo; continúa con el desarrollo de una propuesta de cambio con la cual se establece un modelo normativo y después le sigue una fase de implementación con el desarrollo de estrategias para lograr el modelo desarrollado. El proceso no termina allí, sino que mientras se aplican las estrategias y la situación contextual va cambiando, sería necesario volver a elaborar el proceso de nuevo para mantener la prospectividad.

La riqueza de la metodología proviene de varios aspectos. Quizás el más importante es que permite a la escuela ser agente transformador de su realidad. En adición, la dinámica producida cuando se utiliza correctamente el análisis prospectivo es movilizadora. Las habilidades creativas de los participantes son estimuladas y les permite influir sobre su realidad de forma innovadora. Se provoca un diálogo entre las varias instancias existentes en la institución y nuevos conocimientos pueden nacer de las discusiones que se llevan a cabo para lograr un consenso. A través de ese proceso se puede identificar las divergencias dentro de la institución y facilitar la toma de decisiones para unificar criterios. El análisis prospectivo proporciona a las instituciones una metodología que las encamina ha-

cia la apropiación de un rol relevante dentro del contexto SPT/2000 y les permite planificar estrategias para llegar a tal fin. El análisis prospectivo promueve un enfoque positivo, orientándose hacia el futuro y concentrándose en lo que la institución puede lograr, eliminando así los aspectos desagradables del proceso de evaluación, cuando la escuela juzga lo que ha venido haciendo, o sea una visión retrospectiva en la cual frecuentemente se concentra en lo negativo. Su aplicación es bastante sencilla y al alcance de todos los que participan en el proceso, es decir, una metodología democrática.

Un aspecto adicional, también importante, relacionado con esta metodología, es la retroalimentación inmediata de información respecto a la posición real o diagnóstico de la escuela frente a los futuros escenarios, lo cual se presenta a través de una gráfica. La disponibilidad inmediata de información evita perder el *momentum* del grupo, tal como suele ocurrir con algunas metodologías en que hay un largo intervalo entre la realización del estudio diagnóstico y el conocimiento de la situación por los interesados. Cabe destacar, además, que el análisis prospectivo permite a la escuela construir su propio modelo normativo en lugar de tener que aceptar criterios impuestos o importados. Además, el hecho de haber creado su propia norma estimula el compromiso personal de trabajar para lograr lo propuesto. La metodología también apoya de manera más marcada los aspectos cualitativos, factor importante en la búsqueda de transformación en la situación actual.

EL ANALISIS PROSPECTIVO EN LAS ESCUELAS DE ENFERMERIA DE LATINOAMERICA

Antecedentes

El uso de una metodología prospectiva, aunque no empleada en el área de la salud, no es nueva. Varios gobiernos la han venido utilizando con miras a examinar sus posibilidades frente al futuro como base para una planificación estratégica.

El uso sistemático del análisis prospectivo en el área de educación de profesionales de la salud en América Latina, se inició con la publicación en *Educación Médica y Salud*, Vol. 20, No. 1 del artículo "Análisis prospectivo de la educación médica" (Ferreira, 1986).

Consecuentes con el trabajo que el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS ha venido desarrollando sobre la aplicación de la metodología de análisis prospectivo en la educación de medicina, odontología y salud pública, en octubre de 1986 se convocó a un grupo de trabajo en Washington, DC con el objeto de examinar las posibilidades de aplicarla asimismo en las escuelas de enfermería de

América Latina. Después de una amplia discusión se concluyó que dicha metodología ofrecía muchas posibilidades para orientar el desarrollo de las instituciones responsables de la formación de las futuras enfermeras.

A nivel de los países surgió interés en la utilización del análisis prospectivo en las escuelas de enfermería, a raíz de la participación de enfermeras en grupos de trabajo sobre la aplicación de esta metodología en las escuelas de medicina.

En Uruguay, la Escuela de Enfermería de la Universidad de la República, elaboró una primera adaptación del documento de medicina. En Quito, Ecuador, la Dirección del Instituto de Pedagogía de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, promovió un grupo de trabajo de enfermeras que contó con los auspicios y participación de representantes de la Asociación Latinoamericana de Facultades de Medicina y Odontología. El grupo ecuatoriano, examinando los documentos de enfermería producidos en Uruguay y en Washington, así como los de las escuelas de medicina, odontología y salud pública, plasmó sus aportes en la adaptación de un documento para enfermería.

En febrero de 1987, la OPS designó un pequeño grupo de consulta con el objeto de revisar los trabajos existentes y preparar los documentos necesarios para iniciar la aplicación del análisis prospectivo en las escuelas de enfermería de América Latina. Estos documentos fueron presentados a un grupo de enfermeras latinoamericanas en mayo de 1987. El documento producido en esta reunión ha sido experimentado en varios países desde entonces. El presente trabajo representa las contribuciones y sugerencias de todos lo que han participado en su desarrollo.

Propósito y objetivo

La introducción de la nueva metodología en las escuelas de enfermería de América Latina se fundamenta en el reconocimiento de las ventajas anteriormente mencionadas y tiene como propósito orientar los planes de desarrollo de las escuelas en base a las realidades sociales y la meta de SPT/2000.

Los objetivos para el desarrollo de esta metodología son:

- Conocer la ubicación actual de la escuela con respecto a posibles escenarios futuros.
- Elaborar un modelo normativo individualizado para el desarrollo de la escuela que contemple la meta de SPT/2000.
- Desarrollar propuestas de cambio e identificar estrategias concretas para alcanzar la realidad deseada.

EL DESARROLLO DEL INSTRUMENTO

El grupo de consulta empezó el desarrollo de un instrumento para el análisis prospectivo de la educación en enfermería con una revisión de la situación de la profesión en 1986.

La práctica de enfermería

A pesar de que el personal de enfermería constituye más de la mitad del personal de salud (55%) y es el principal encargado de la mayor parte de la entrega de servicios de salud a la población, tiene, en general, poca o ninguna preparación específica para las actividades que le son asignadas. La enfermera profesional como jefe del equipo de enfermería representa del 10 al 20% de este personal. En consecuencia, su acción se dirige con mayor énfasis hacia el planeamiento de las actividades de enfermería, a actuar como jefe o supervisora de sus servicios y a participar en la preparación del personal auxiliar.

Su campo de trabajo a partir de la década de 1940 parece ser esencialmente el hospitalario; su autonomía profesional es limitada y su práctica continua está en gran parte subordinada a la práctica médica. El médico se destaca como productor principal y, por lo tanto, detiene la hegemonía del control técnico y administrativo del proceso de trabajo en el campo de la salud.

La división técnica del trabajo está casi siempre influenciada por otros factores que no son puramente técnicos, como la tradición y el prestigio que arrastran ciertas profesiones. El enfermero, a pesar de que en estas últimas décadas se ha tornado en profesional liberal, aún no ha conquistado su autonomía y viene a estar subutilizado y hasta mal utilizado.

En los últimos años, con el advenimiento de nuevas políticas de salud y la adopción de la estrategia de atención primaria, hay una conciencia sobre la necesidad de modificar el modelo de prestación de servicios de enfermería, así como sobre el papel actual de esta profesión.

Las tendencias que se identifican en relación a la práctica y utilización de la enfermera se resumen como sigue:

1. El concepto de atención primaria como estrategia exige nuevas responsabilidades de la enfermera, tales como el diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes de evolución previsible y el seguimiento del tratamiento de enfermedades crónicas y de pacientes geriátricos; además de las funciones ya asumidas en el fomento de la salud, en el control del niño, gestantes y puérperas, así como alrededor de la atención al parto.

2. Se observa un aparente aumento de enfermeras en números absolutos, sin embargo, estas no cubren las necesidades de la población debido a que la demanda en los servicios es limitada, presentándose problemas de desempleo y subempleo.

3. Aunque existe la necesidad de un mayor número de enfermeras en el área comunitaria, continúa siendo el hospital la principal fuente de trabajo.

4. El desarrollo tecnológico de los hospitales de alta complejidad ha provocado que un pequeño grupo de enfermeras participe en el cuidado de pacientes sometidos a tratamientos sofisticados, que emplean tecnologías complicadas cuyo dominio ha llevado en algunos casos al establecimiento de una práctica privada.

5. Aunque se han abierto nuevos campos de trabajo, como los servicios de salud ocupacional de las empresas, las guarderías, etc., los cargos creados son, en general, más a nivel de personal auxiliar, sin considerar la necesidad de cargos para profesionales.

6. Las limitaciones del mercado de trabajo están llevando a la contratación de enfermeras en régimen especial (contratos temporarios), sin las ventajas y garantías que las leyes de trabajo estipulan. Persisten los problemas de bajos sueldos y largas jornadas de trabajo.

7. A pesar de que se reconoce la necesidad de mantener los conocimientos del personal de enfermería actualizados para mejorar la calidad de atención, son escasas las oportunidades y los programas que se desarrollan no responden a las necesidades, lo que se debe, como factor contribuyente, a la ausencia de mecanismos de investigación que proporcionen información sobre las nuevas tendencias y que permitan desarrollar programas de educación continua acordes con la realidad de la profesión de enfermería.

8. Existe una deformación en la práctica social de la enfermera, quien está muy alejada de la persona, familia o comunidad, siendo sustituida en este aspecto por personal de menor calificación, y orientando su quehacer mayormente a la administración, en la que no participa en toma de decisiones ni en educación.

9. La utilización de modelos de prácticas de enfermería que no se ajustan al contexto de América Latina es reforzado, debido en parte a la escasez de investigaciones relacionadas con la realidad concreta.

10. Se ha perdido la capacidad de liderazgo de la enfermera, lo que ha producido su desplazamiento de los niveles de decisión, con el consecuente deterioro de sus funciones en la práctica de salud.

11. Se mantiene la separación entre las enfermeras docentes y la realidad de los servicios, a pesar de los intentos que se vienen realizando en forma aislada para conseguir la integración docencia-servicio.

12. Sigue siendo escasa la investigación en enfermería, estando dedicada a los temas de alta prioridad en salud.

La educación en enfermería

En las dos últimas décadas hubo en América Latina un aumento progresivo y constante del número de escuelas de enfermería, en las que se ha observado que aunque los marcos conceptuales dan énfasis a la experiencia práctica en una realidad concreta y a la introducción temprana de la estudiante a las áreas clínicas y a las comunidades, los modelos curriculares se ajustan a lo tradicional que se ha venido utilizando en la formación de personal de salud.

Además, la hegemonía hospitalaria determina que las experiencias de aprendizaje reproduzcan el sistema vigente, minimizando la experiencia en otros campos y niveles de atención.

Tendencias

1. Existe una tendencia al incremento del ingreso de alumnas, sin el correspondiente desarrollo institucional que garantice la calidad de la formación del recurso.

2. La incorporación de las escuelas de enfermería a las universidades se ha intensificado y consecuentemente exige la preparación de las docentes y la obtención de grados académicos.

3. Hay tendencia a formar a la enfermera en un solo nivel profesional.

4. Se mantiene separada la formación de las enfermeras de otras profesiones y sectores.

5. La preparación didáctica y la especialización de los docentes sigue siendo necesidad prioritaria sin que exista el correspondiente apoyo político, administrativo y financiero.

6. La generación de conocimientos a través de la investigación es muy limitada, a pesar de la incorporación de la investigación como materia en la formación básica.

7. En las revisiones curriculares se están tomando en cuenta las nuevas políticas del campo de salud y educación, especialmente en cuanto a atención primaria, integración docencia-servicio y niveles de atención.

8. Se nota mayor énfasis en salud comunitaria con prácticas en comunidades rurales y, en general, en grupos de mayor exposición a riesgos biológicos y sociales.

9. Los planes de estudio no contemplan nuevas actividades de la enfermera en previsión de un futuro inmediato para satisfacer las necesidades de la comunidad.

10. Se están incluyendo metodologías científicas en el proceso de formación básica de la enfermera.

11. La incorporación de la tecnología educacional existe a lo largo del currículo, aunque a veces con poca claridad sobre su utilización.

12. Se observa uso de laboratorios de simulación en situaciones en las que la realidad brinda mejor oportunidad de aprendizaje.

13. Hay participación de los estudiantes en los procesos evaluativos.

14. Predomina un seguimiento tutelar que cohibe el desarrollo de iniciativas y juicio crítico de las estudiantes.

El grupo de consulta examinó esas tendencias en la práctica y educación de enfermería, discutiendo los conceptos básicos para la configuración de un marco conceptual para la preparación de un documento específico. Tomando el año 2000 como punto de partida, se discutieron algunos elementos claves para que enfermería contribuya al cambio social con su participación en salud.

Marco conceptual

Al concluirse las discusiones se había esbozado un marco conceptual que sustentara tanto la práctica como la formación de recursos humanos en enfermería. Los supuestos más importantes que fueron concordados son los siguientes:

Salud para todos en el año 2000 es una condición básica que debe orientar la formación de recursos humanos en salud y por ende en enfermería, por lo que se requiere la reconducción de los procesos formativos en las diferentes escuelas de enfermería latinoamericanas, para potencializar la participación de dichas escuelas y de los países en el logro de la meta planteada.

Para guiar las acciones hacia SPT/2000 se ha tomado la atención primaria en salud como principal estrategia, entendida esta como una estrategia para enfrentar los problemas de salud en una realidad concreta que compromete y afecta a todo el sistema de salud y a la población que sirve. Forma parte del núcleo del sistema nacional de salud y del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad. Implica que la atención de salud esté relacionada con las necesidades de la población y la participación de la comunidad en su planeación e implementación; la utilización eficiente y eficaz de los recursos disponibles, y el reconocimiento de la salud como un valor social que incluye el desarrollo económico y social de la comunidad.

Se concibe la salud como elemento íntegro en todo el desarrollo socioeconómico-político de un pueblo, no como un resultado del mismo. Para lograr un movimiento hacia una transformación en salud, habrá que partir del campo de la práctica, ya que se reconoce el papel fundamental que juega las condiciones de trabajo y los modelos predominantes de la práctica en la determinación del nuevo profesional. Será necesario buscar la formación de una base única referente a la naturaleza de la enfermería,

lo cual sirve tanto como la teoría, haciéndose propio para tal fin la integración docente-asistencial.

Se envisionsa la enfermería dentro del contexto descrito como una profesión que tiene una contribución específica, lo cual le permite integrarse en un equipo multiprofesional cuya labor consiste en procurar salud para todos. En este sentido su cometido y aporte se realiza a través de acciones dirigidas a promover el concepto y por lo tanto el trato del individuo/grupo en su totalidad con muchas facetas interrelacionadas para producir un estado particular de salud. En la operacionalización de este concepto, el profesional de enfermería realiza acciones de salud dirigidas a la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la atención para los aspectos curativos y restorativos tanto con el hombre individual como colectivo. Al ejecutar sus funciones asume varios papeles: proveedor de atención directa, educador, administrador, comunicador, investigador y defensor de los derechos de su población entre otros. Son muchas y muy variadas las situaciones en que se encuentra, a menudo necesitando una ampliación de su rol para adecuar su funcionamiento a situaciones específicas.

Dentro de este panorama tiene un papel social muy importante no solo como profesión, sino también a través del compromiso de cada profesional con la práctica de la profesión de forma que movilice sus esfuerzos propios y los de otros para buscar salud para todos en un contexto de calidad y equidad, con la participación plena de todos. Para lograr que esa meta se convierta en realidad, será necesario en la mayoría de las sociedades del mundo de hoy, un cambio social. Enfermería está comprometida con esta transformación.

Se añade que la formación de recursos humanos dentro del marco conceptual de salud debe seguir una planificación que los adecúe a la realidad, mientras a su vez los prepare a tomar un papel de relevancia, comprometiéndose con la transformación social.

En este contexto, se envisionsa los centros formadores tomando un papel de liderazgo frente a la sociedad, a través del desarrollo de sus funciones de docencia-asistencia e investigación, unidos estos en una misma línea de trabajo e identificándose con el desarrollo de la profesión, el equipo de enfermería y el grupo multiprofesional de salud para lograr la meta SPT/2000. Por su parte, el egresado de la escuela profesional tendrá valores, habilidades, actitudes y competencias, plenamente identificado con enfermería y capaz de participar en el equipo de salud y entrar en el mercado de trabajo como un elemento de transformación.

A la vez se reconoce que en el centro formador existen ciertas condiciones y factores que impulsan o facilitan el desarrollo institucional en la dirección deseada, tales como su estructura y flexibilidad, el énfasis curricular, la accesibilidad de información y presupuesto, la composición

y preparación del grupo docente así como sus acciones dentro del campo de práctica y como catalizador del proceso enseñanza-aprendizaje.

Imagen-objetivo

Fundamentándose en el marco conceptual elaborado, el grupo de consulta de la Organización Panamericana de la Salud produjo una imagen-objetivo de lo que pudiera ser la enfermería en la Región de las Américas en el año 2000 (véase el Anexo I).³

El instrumento. Escenarios y variables

Consolidado el marco conceptual en la imagen-objetivo, para facilitar la aplicación de la metodología en las escuelas de enfermería el grupo de consulta desarrolló un instrumento que presentaba tres futuros posibles en forma de escenarios (véase el Anexo II).

Con fines prácticos, se tomó como base organizadora del instrumento las cuatro categorías que fueron usadas en los documentos de las otras profesiones de salud. Estas cuatro categorías son: contexto, estructura, función e integralidad; ellas se derivan de la nomenclatura usada en el análisis de sistemas y reflejan el estado interior y exterior de un fenómeno. Aunque hubo muchas discusiones sobre estas categorías y en un momento se pensó en integrar algunas de ellas, conforme se avanzó el trabajo se fueron aclarando y definiendo con más precisión. En consecuencia, se logró una caracterización del marco conceptual en la imagen-objetivo.

El primer escenario se construyó en base a proyecciones y tendencias actuales sin grandes cambios, o sea, una progresión de lo existente. Se supone que habrá cambios, pero no se prevé la introducción de elementos de gran impacto.

El segundo escenario futuro fue basado en la suposición de que, en los años venideros hasta llegar al año 2000, se producirán cambios en los elementos y en los procesos existente del sistema. Este escenario incorpora la posibilidad de introducir elementos totalmente nuevos o tener una ruptura en los elementos existentes. Es muy posible que dentro de este escenario, existan elementos en distintas etapas de desarrollo.

El tercer escenario representa un panorama de grandes transformaciones en la situación salud. El escenario descrito señala un proceso

³ Se hace notar que el contexto socioeconómico-político descrito es el de América Latina y podría necesitar discusión y afinamiento para su aplicación a un país/institución específicos.

de movimiento y transformación de los elementos para llegar a esa realidad.

Se intentó plasmar situaciones que consideran tres alternativas distintas respecto a la situación actual. Estas son solo algunas de las opciones posibles. Es probable que en las discusiones en cada escuela sobre estas opciones, ninguno de los escenarios representa la imagen exacta de lo que la escuela quisiera alcanzar. En principio, esta es una de las ventajas de la metodología, ya que obliga a las escuelas a analizar bien las consecuencias de cada uno de los escenarios y a discutir las diferencias entre ellos para esbozar su propia imagen deseada.

Para la elaboración de cada uno de esos escenarios, se identificó en la imagen-objetivo, algunas áreas claves tales como situación socioeconómica y política. Dentro de esas áreas claves se incluyeron elementos que sirvieron para describir el escenario a nivel operacional (variables). Se hizo una selección de los elementos que con mayor consistencia podrían indicar a la escuela su posición frente a un futuro realizable. (Ejemplo: para el área socioeconómica-política se escogieron elementos como condiciones de vida, características demográficas, etc.)

El instrumento en su forma final está organizado en tres escenarios del futuro, cada uno compuesto por una serie de variables que conjuntamente describen una posible realidad futura.

Fueron preparadas hojas de respuestas individuales y colectivas que corresponden al instrumento, incorporando en ellas una escala cuantitativa de valoración respecto a los logros de la institución frente a cada escenario con el fin de proveer una información más detallada para discusión y análisis.

Aplicación del instrumento

Para la aplicación del instrumento en las escuelas de enfermería se identificaron varias etapas.

Fase preparatoria. Durante esta etapa la escuela identifica a los participantes en el proceso, se les proporciona el documento y una orientación sobre la metodología de análisis prospectivo.

Es esencial que en esta etapa se discutan bien los conceptos involucrados en los escenarios, con sus implicaciones políticas e históricas, para que se aproveche mejor el ejercicio. Es importante también que el grupo reconfirme o desarrolle su propio marco conceptual y lo compagine con el marco conceptual del instrumento, ya que este podría necesitar ciertas adaptaciones si no son compatibles.

La decisión de hacer el ejercicio con esta metodología implica un acuerdo y un compromiso de la escuela para usar los resultados en gestionar cambios. Otra decisión significaría una pérdida de tiempo, energía y dinero, y sin duda causaría frustración entre los participantes.

Ayuda a encaminar el proceso el nombrar unos facilitadores que se encarguen de orientar y seguir la dinámica del trabajo. Se sugiere presentar este documento y sus objetivos al mayor número posible de personas en la escuela, y a partir de esa presentación elaborar una agenda de trabajo para efectuar el análisis prospectivo. Esta agenda debe prever el tiempo necesario para la discusión, pero no debe prolongarse más allá de límites prácticos. Se recomienda que la aplicación del proceso de análisis prospectivo, desde el diagnóstico hasta el plan de acción, no exceda el límite de tres meses.

Fase diagnóstico. En esta etapa la escuela utiliza el instrumento elaborado como guía de discusión y análisis para identificar el estado actual de la escuela con relación a los escenarios en él incluidos.

En primera instancia se pide una respuesta a nivel individual del instrumento-cuestionario. Cada participante lee las variables del cuestionario uno por uno en forma horizontal, ubicando primero el escenario A, B o C, según el que en su opinión sea lo que más se acerca a la situación actual de su institución. A continuación, se hace un juicio de grado de cumplimiento en relación a este escenario, esto es, si la escuela está en este escenario en forma incipiente, moderada o plena. Después se lleva a cabo el mismo proceso de diagnóstico mediante un trabajo grupal; para lo cual se sugiere que se constituyan varios grupos de no más de 12 ó 15 personas cada uno. Los grupos producirán más dinámica y mejor discusión si están compuestos por representantes de varios sectores de la escuela: profesores, estudiantes y funcionarios, y también si incorporan personas del sector servicio y la comunidad. La finalidad del trabajo grupal es obtener el consenso del grupo sobre la posición que actualmente ocupa la escuela frente a los escenarios futuros del cuestionario. En el caso de que hayan varios grupos, se tendrá que repetir el ejercicio a fin de llegar a un consenso a nivel general. Es importante resaltar lo valiosa que podría resultar esta etapa si es bien realizada. El llegar a un consenso es siempre difícil, y entre los grupos de representación variada, como se sugiere para esta metodología, quizás aún más, pero el esfuerzo se demuestra en resultados. El usar el promedio matemático para este fin es perder la riqueza de la metodología. Se pueden mencionar las técnicas como lluvia de ideas y como algunas que ayudan en este proceso, si la obtención de un consenso de grupo por mayoría simple o por acuerdo entre los participantes es difícil de conseguir.

Aunque el instrumento fue designado para permitir discriminación de cada escenario con el fin de fomentar discusión, no es necesario prolongar las sesiones para lograr un punto específico de diagnóstico si se logra un acuerdo general sobre la posición de la escuela. Por ejemplo, si después de una larga discusión, los participantes pueden acordar que su escuela está en el escenario B, pero no sobre los puntos 1-3, para los fines de análisis y planeación es posible que el rango de B sea suficiente.

Análisis de los resultados

Antes de entrar en la etapa de análisis es importante que el grupo reconozca que no han hecho un simple ejercicio de evaluación, sino un ejercicio de examinar su posición actual frente al futuro. Por lo tanto, en la etapa del análisis se concentran en este mismo aspecto, o sea mirando qué significan los resultados para el desarrollo institucional futuro.

Hay varias formas útiles para que la escuela analice los resultados de la fase de diagnóstico que a continuación se describe. Se puede hacer un análisis por *escenarios* en el cual se identifica la tendencia general de la escuela y se tabulan porcentajes y número de variables que corresponden a cada uno de los escenarios futuros: i.e., el escenario de limitados cambios (escenario A), las variables que pertenecen a la posición de cambios significativos (escenario B) y los que representan que la escuela ha alcanzado una posición de transformación (escenario C). Con esta actividad se logra una visión sobre las tendencias generales de la escuela con relación al cambio. Otra forma de analizar los resultados en la etapa diagnóstica es a través de la identificación de las variables cuyas situaciones diagnósticas ejemplifican tendencias en el escenario de transformación, o sea las variables que se ubicaron en el escenario C. Es lógico suponer que si la escuela ha alcanzado cierto desarrollo en algunas variables, es debido a cierta inversión de sus esfuerzos en esta área. Esta información es muy valiosa para el desarrollo de la siguiente etapa, la elaboración del modelo normativo, ya que permite que la escuela confronte los elementos que han tenido prioridad y de allí tome una decisión respecto a la continuación de su política. Habrá que considerar eso a la luz de la introducción de otros cambios para lograr un desarrollo institucional más integral.

El análisis por *perfil* se realiza haciendo una representación gráfica de los resultados consolidados de la escuela (figura 1). La escuela puede analizar este perfil bajo diferentes esquemas para establecer su significado.

El perfil proporciona evidencia visual de los resultados generales del ejercicio diagnóstico. Se puede notar inmediatamente los puntos máximos y concentraciones que destacan en cada uno de los escenarios, tanto de la totalidad como dentro de las cuatro categorías (contexto, estructura, función e integralidad). Uno de ellos consiste en identificar una línea que logra dividir por la mitad el perfil. Podría considerarse que todas las variables cuyo valor obtenido se ubica a la izquierda de esta línea, reflejan un futuro estable o moderado en su inclinación al cambio, mientras que a las que han logrado un valor a la derecha de la línea se les considera con más tendencia a una situación de transformación social.

Se puede hacer también miniperfiles usando solo las variables que corresponden a los diferentes elementos del marco conceptual; por ejemplo, integración docencia-servicio. Esta forma de analizar los resulta-

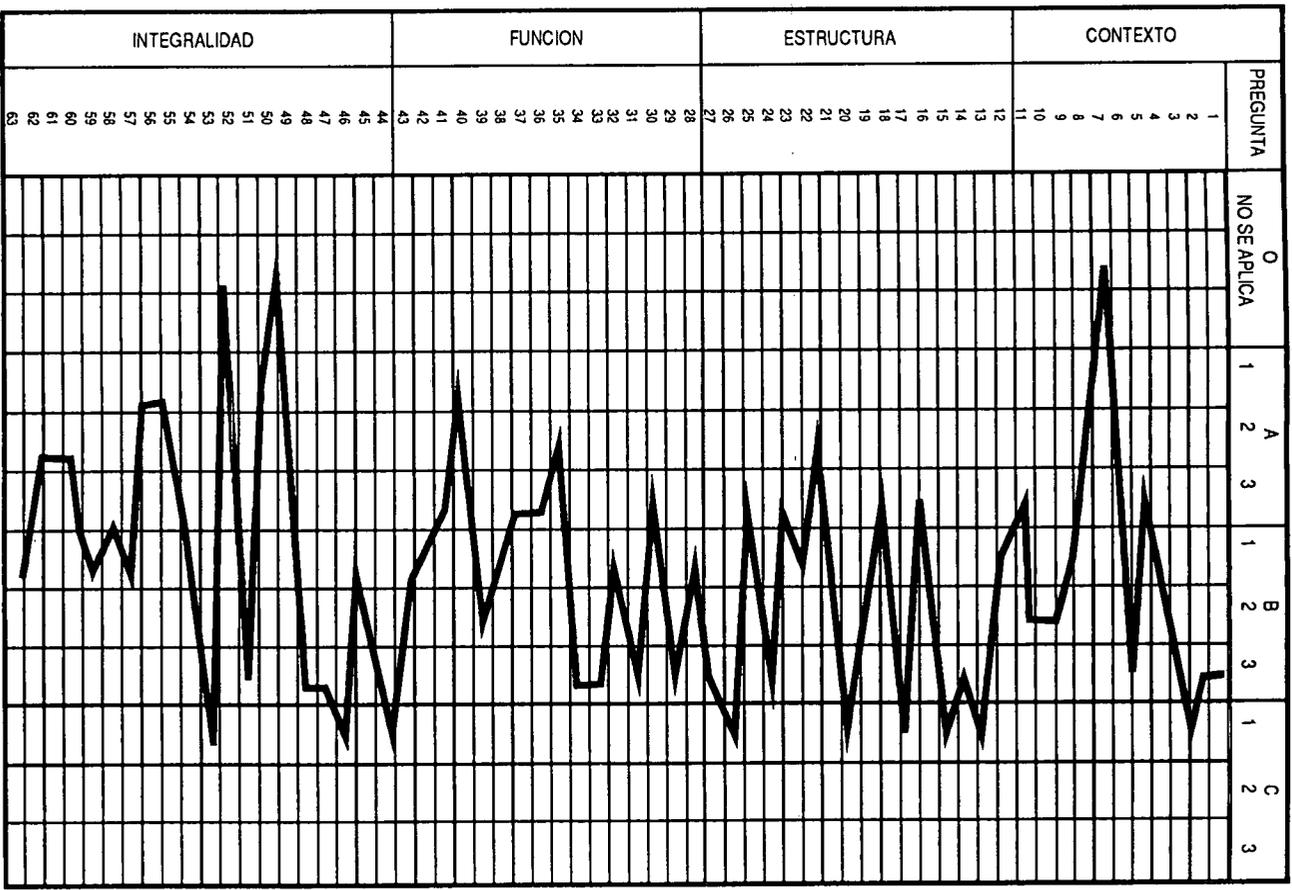


FIGURA 1. Ejemplo de un perfil.

dos de la etapa diagnóstica ha sido valiosa ya que se juntan todos los elementos de un tema para dar una visión integral respecto a ciertos aspectos del desarrollo institucional. Surgen discusiones muy interesantes cuando los participantes identifican inconsistencias internas dentro del mismo tema.

Dentro del análisis por escenarios o perfiles, se pueden examinar las cuatro *categorías* (contexto, estructura, función e integralidad) en su conjunto, respecto a su comportamiento en cuanto a la tendencia al cambio. En un nivel más específico se puede ver cada uno de las *variables* en el mismo sentido.

Cada variable puede sujetarse a examinación individual en relación a los escenarios futuros. Una forma que algunas instituciones han utilizado para estudiar el significado de las variables individuales ha sido el establecimiento de un punto crítico; este identifica de antemano el nivel de desarrollo o tendencia al cambio que la escuela considera lo mínimo aceptable en la actualidad para cada variable. Se hace la determinación de los puntos críticos para las variables basadas en el marco conceptual y los valores de la misma escuela. El establecimiento de un punto crítico para cada variable permite a la escuela individualizar su análisis y dar más fuerza a ciertas variables que para su institución son prioritarias, indicando puntos críticos más avanzados dentro de las tendencias de cambio o transformación. A la vez reconoce que no todos los elementos (variables) están en la misma etapa de desarrollo dentro de una escuela. Para hacer el análisis, la escuela confronta su situación identificada en la etapa diagnóstica con la que haya marcado como punto crítico para cada variable. Si la variable está diagnosticada con menor tendencia al cambio que la que habían establecido como mínimo aceptable, esta variable podría ser considerada prioridad en el desarrollo futuro de esa institución. Ejemplo: la escuela define que el grado de cambio aceptable para la variable "inversión" está en el escenario B3 y se diagnosticó en el escenario A2, por lo que se deduce que habrá que tomar en cuenta la investigación como una posible prioridad cuando se elabore el modelo normativo.

El resultado de la etapa de análisis es la identificación de áreas y elementos críticos, esenciales para el desarrollo institucional y necesarios para el cumplimiento del compromiso de la escuela en contribuir hacia la transformación de la situación social y de salud.

El modelo normativo

De los resultados del análisis nace la siguiente etapa, la creación de un modelo normativo. Usando el instrumento con los tres escenarios descritos y los puntos identificados como prioridades para el desarrollo institucional en la fase del análisis, la escuela elabora un modelo de lo que quiere lograr para un futuro dado: por ejemplo el año 2000. Los escena-

rios del instrumento facilitan que el grupo pueda contrastar varias imágenes, discutir sus diferencias y posibles consecuencias e incluso tener una idea de cuánto será el grado de cambio necesario, basado en el diagnóstico previamente hecho. Usando los puntos críticos identificados y el conocimiento de su realidad particular, la escuela determina un escenario posible y alcanzable para ella. La creatividad reina en esta etapa y las discusiones son enriquecedoras. Conforme van estableciendo los participantes lo que pudiera hacerse en el desarrollo institucional y mirando a su vez las consecuencias correspondientes tanto a nivel de la escuela como en su impacto social, un modelo individual y propio empieza a aparecer. Habrá que tomar cuidado de no permitir que el grupo se limite a unas proyecciones matemáticas o situaciones causa-efecto, sino que estimule el pensamiento hacia nuevos conocimientos, tácticas y posibilidades.

Es importante destacar de nuevo la necesidad de buscar un verdadero consenso en la definición del modelo. El uso de un promedio matemático para derivar la meta no es adecuado para la etapa diagnóstica, pero menos aún en la construcción del modelo normativo, ya que si se buscara solo el punto promedio matemático, cada miembro del grupo quedaría en su posición original y el modelo se convertiría en algo ficticio con lo cual nadie está comprometido.

Al final de este proceso se ha establecido una imagen propia de su escuela en el futuro. Se ha llamado modelo normativo debido a su carácter de normar la evolución de esta institución en los próximos años. El hecho de haber creado su propia norma estimula a que las personas involucradas con las escuelas se comprometan a trabajar para lograr su propósito.

La etapa de transformación

Esta etapa reúne las actividades de operacionalización y transformación. A través del establecimiento de un plan de acción y la identificación de estrategias para su implementación, la escuela consolida su compromiso con el modelo normativo. Se desarrolla aún más la individualidad de cada situación en la concretización de actividades que la encaminaría hacia los cambios deseados.

El plan de acción debe ser bastante preciso y a su vez plantear algunas alternativas para lograr la propuesta, tomando así en cuenta que el cambio es parte del proceso y posibilitando que el plan siga aunque la situación varíe.

Por ejemplo, la escuela tiene en cuenta que ha empeorado la crisis económica y propone estrategias para la búsqueda de financiamiento extrapresupuestario. Una estrategia podría ser el desarrollo de convenios o proyectos interinstitucionales a nivel nacional e internacional que contribuyan a reforzar el desarrollo de los planes de la escuela. Pero al

mismo tiempo, la escuela, consciente de esta limitación económica, busca varias formas de maximizar la utilización de los recursos, a inmediato y mediano plazo.

Hay una serie de elementos que deben considerarse durante esta parte del trabajo. En lo posible, es importante anticipar las limitaciones, las situaciones de crisis y los problemas que pudieran bloquear el proceso. Los recursos necesarios y las posibilidades de obtenerlos deben entrar como objetos de análisis en términos de su factibilidad y viabilidad antes de plasmar cualquier estrategia.

Como en cualquier proceso que implica cambio, es necesario contar con poder para gestionar apoyo administrativo y político para tales fines. En la aplicación de la planificación estratégica, cada institución buscará individualizar sus proyectos según sus prioridades, posibilidades y recursos, a menudo incorporando en el proceso otras técnicas y/o metodologías específicas que complementan los logros del análisis prospectivo.

Habrá que guardar cautela hacia la tendencia de usar una visión muy limitada de esta planificación, tomándola a muy corto o muy largo plazo. La planificación, tomando en cuenta solamente el futuro inmediato, puede restringir la creatividad debido a la claridad con que uno ve las limitaciones actuales; mientras que si se concentra únicamente en ganancias a obtenerse a largo plazo, pueden hacerse de tipo demasiado general que no sirve de guía para establecer estrategias concretas.

Por último, cabe insistir que la respuesta obtenida para el desarrollo institucional a través de la aplicación del análisis prospectivo no es estática ni una norma absoluta —es un plan de trabajo que debe tener dirección y flexibilidad. Debido a que el cambio es parte íntegra de la vida, reajustes y hasta replanteos pueden necesitarse. El análisis prospectivo como metodología no termina allí sino que entra en un ciclo que necesita continuar mirando hacia el futuro. El ejercicio: fase preparatoria y de diagnóstico, análisis y la creación de un modelo normativo, planeación e implementación debe repetirse cuantas veces sean necesarias —por lo menos cada dos a tres años— para mantener su prospectividad y proveer información en cuanto a la efectividad de las medidas adaptadas.

COMENTARIOS

Hasta la fecha, se han llevado a cabo ejercicios de análisis prospectivo en 16 países de la Región. Aunque la mayoría de las instituciones de enfermería están en las fases de diagnóstico o de formulación de modelos propios, se pueden observar ciertos logros que hacen pensar que la metodología es valiosa. Entre ellos se incluye que el análisis prospectivo: es excepcionalmente motivante; ha servido para unificar los grupos do-

centes y de servicio en una meta común, e identifica claramente prioridades a desarrollar en el nivel institucional. Es de esperar que saldrán aún otras ventajas al adquirir más experiencia con este método interesante.

A través de los Centros Colaboradores de Enfermería de la Organización Mundial de la Salud, se está utilizando la metodología en 10 países de las diferentes Regiones de la OMS. La Organización Panamericana de la Salud sirve de punto focal para recoger estas experiencias.

ANEXO I. IMAGEN-OBJETIVO DE ENFERMERIA EN EL AÑO 2000

Situación general para el año 2000

El Estado, en la búsqueda de asegurar la equidad del sistema, viene promoviendo la redistribución de los frutos de la riqueza nacional e incentivando la ejecución de proyectos de interés público, tanto en lo económico como en lo social, que permitan asegurar el perfeccionamiento y cumplimiento de los objetivos que la sociedad se ha fijado como un todo. Así mismo, el Estado reconoce el derecho a la salud y se responsabiliza por la viabilidad de la propuesta de SPT/2000 a través de políticas presupuestales y fiscales consistentes.

Congruentemente con la decisión política de privilegiar el área social, se implementa una transformación del sistema educativo, lo cual, además de su impacto en extensión, favorece el equilibrio de contenidos de ciencias naturales y sociales desarrollando en los individuos un marco de referencia más amplio que abarque los aspectos políticos y socioeconómicos en el análisis de los problemas.

La política de ciencia y técnica, reconoce las repercusiones sociales de la investigación en salud y la necesidad de autosuficiencia en tecnología. Confiere alta prioridad al desarrollo de una política de investigación en salud, en la cual participen ampliamente las universidades y pone énfasis en una política de vigilancia tecnológica en el sector.

La política de atención de salud plantea la ampliación de los servicios de salud promoviendo la extensión de los tres niveles de atención. Contiene un enfoque estratégico de atención primaria con una mayor autonomía de la profesión de enfermería, la ampliación del rol tradicional de la enfermera, desarrollo de los roles emergentes y adopción de una política de empleo pleno.

La política de desarrollo de los recursos humanos de salud toma en cuenta la cantidad y calidad de los recursos humanos en salud y áreas interrelacionadas fuera del sector y primordialmente entre las diversas categorías que lo constituyen, formula los cambios necesarios y ofrece los medios para lograrlo. Con respecto a enfermería, contempla la autonomía de la profesión, y plantea su participación en el planeamiento y la estructuración de los servicios de salud.

El sector salud y las instituciones formadoras de recursos humanos contarán con fuentes de financiamiento adecuada para desempeñar su papel frente al propósito SPT/2000.

La institución de educación en enfermería tiene conciencia de los aspectos políticos y socioeconómicos de la realidad nacional en que se ubica, tanto en su responsabilidad como institución, como en la orientación que imprime al proceso educativo.

Organización del conocimiento, de la escuela y de los servicios

- La escuela de enfermería se integra en la solución de los problemas de salud de la población a través de: la formación de enfermeras con adecuada base científica, la generación de conocimiento, la participación en la planificación y operación de los servicios, y la búsqueda de nuevos modelos de práctica.
- La escuela se organiza en función de las necesidades de salud de la población y en base a la integración docente-asistencial. Se fundamenta en un marco teórico, en teorías y en conceptos que orientan sus programas y define su papel frente a la realidad sociopolítica y económica.
- La estructura de la escuela responde más a una orientación hacia la naturaleza de los procesos involucrados en salud-enfermedad que a la fragmentación disciplinaria tradicional, con la flexibilidad para adaptarse a los requerimientos de la sociedad y los servicios. El conocimiento es organizado de manera que facilite la continuidad e integralidad, permitiendo a su vez la flexibilidad curricular.
- La estructura de la Escuela conlleva una sólida formación científica en aspectos sociales y de salud, a un desarrollo de una clara concepción del papel de enfermería frente a la salud y a las demás profesiones. Da especial atención a los aspectos científicos y tecnológicos, a la investigación biomédica, clínica y epidemiológica, y a la investigación de la práctica de enfermería y de las condiciones de los servicios.

La escuela participa en el establecimiento de mecanismos formales de articulación interinstitucional para la formulación de políticas, así como en la planificación y operacionalización de los servicios de salud y de educación, garantizando la consistencia entre programación docente y organización de servicios.

Los modelos curriculares se fundamentan en procesos propios de enfermería y en la atención primaria de salud, con la epidemiología como eje integrador. El currículo da orientación prioritaria a la educación para la salud, entendida principalmente como un proceso para facilitar la organización de la comunidad para reivindicar sus derechos a la salud.

La escuela cuenta con personal con capacitación técnica, pedagógica y filosófica para trabajar creativamente dentro de su contexto.

Con base en la integración docente-asistencial, la escuela participa en el servicio de salud con una cobertura de base poblacional significativa que le permite trabajar en servicios estructurados con enfoque epidemiológico.

Desarrollo del proceso educativo

El abordaje de los problemas de salud es integral, con énfasis en la promoción y prevención. Incluye la realización de acciones individuales colectivas, haciendo hincapié en las que tengan mayor impacto.

La escuela infunde en los estudiantes una identificación con la propia profesión, incluyendo la identidad gremial y los aspectos legales pertinentes.

En su práctica, la escuela hace hincapié en los aspectos de liderazgo, tales como la toma de decisiones y aceptación de responsabilidades y lleva al estudiante a incorporar temprano el uso de la investigación y de los métodos de análisis en su trabajo.

La incorporación y utilización de la información refleja su lugar crítico en la racionalización del conocimiento.

La escuela tiene acceso a la información de salud con sistemas de referencia

internacional compartida y fuentes locales sobre aspectos pertinentes a la salud de la población.

La práctica tiene una esencia didáctica-asistencial. Los alumnos están incorporados tempranamente en la práctica, a través de su participación en programas y actividades en todos los niveles de atención.

La capacitación de los estudiantes se hace a través de trabajos integrados dentro del equipo multiprofesional. También provee práctica para desenvolverse como líder del equipo de enfermería.

La escuela evalúa las acciones de salud en base al impacto social y en base a la eficacia, la eficiencia y la equidad de los servicios.

Los programas hacen énfasis en el aprendizaje sobre la enseñanza y la búsqueda de nuevos modelos de práctica pedagógica, utilizando la investigación educativa para el perfeccionamiento permanente del proceso enseñanza-aprendizaje.

La relación entre docente y alumno sitúa al docente como un facilitador del proceso aprendizaje, y al alumno como participante activo de su propia transformación.

Se usan metodologías de enseñanza que dan énfasis a las habilidades de liderazgo, tales como el estudio independiente, seminarios y el uso aplicado de investigaciones.

Los modelos de evaluación hacen énfasis en nuevas concepciones de enfermería y en las del proceso enseñanza-aprendizaje.

La escuela realiza un programa de capacitación de personal que da énfasis a los aspectos de enfermería, de enseñanza-aprendizaje, de integración docente-asistencial, y a la educación para la salud.

ANEXO II. INSTRUMENTO DEL ANALISIS PROSPECTIVO

SITUACION DE SALUD Y ENFERMERIA EN EL AÑO 2000

Contexto

Escenario A. Situación estable

1. Situación socioeconómica

La escuela reconoce la influencia de los factores socioeconómicos sobre las condiciones de salud, incorporándolos a través de materias de apoyo/complementarias separadas con poco énfasis en el contenido de enfermería.

Escenario B. Cambios moderados

La escuela reconoce la influencia de los factores socioeconómicos sobre las condiciones de salud. Integra esta información a los contenidos de enfermería en donde las influencias socioeconómicas tienen una relación marcada sobre la salud (ej. enfermería materno-infantil y comunitaria).

Escenario C. Imaginativo y obtenible a través de transformaciones

La influencia de los factores socioeconómicos en la salud forman un foco integrador del currículo, que se evidencia en todo el desarrollo teórico-práctico.

2. Características demográficas

La escuela trata la información demográfica sin establecer relación con el quehacer de enfermería.

La escuela reconoce la importancia de la información demográfica en las materias de enfermería y la considera factor influyente en el panorama de salud.

La escuela toma en cuenta la información y las proyecciones demográficas para orientar todo el contenido del currículo.

3. Situación de salud

La escuela toma en cuenta la situación de salud del país/región para identificar algunos aspectos referentes a morbi-mortalidad a ser incluidos en el currículo.

La escuela toma en cuenta la situación de salud del país/región y el currículo demuestra correspondencia con esta situación.

La escuela toma en cuenta la situación de salud estableciendo líneas de trabajo que demuestran una estrecha relación con la problemática presente y anticipada de salud de la población.

4. Política de salud

La escuela incluye en los temas teóricos las metas y/o políticas de salud sin que haya correspondiente énfasis en la práctica.

La escuela reconoce la importancia de las políticas de salud estableciendo una estrecha relación entre estas y la distribución y orientación del currículo.

La escuela provee, a través del desarrollo del currículo, la discusión de estrategias para el logro de las metas incluidas en las políticas de salud.

5. Organización del sistema de salud

La escuela prepara a la enfermera basándose en la organización de los sistemas de salud aceptando como norma el papel predominante de enfermería dentro de los mismos.

La escuela toma en cuenta varios modelos de organización de los sistemas de salud y analiza el rol de enfermería en términos de contribuir a la eficiencia de los mismos.

La escuela considera varios modelos alternativos de la organización de los sistemas de salud y promueve, a través de la orientación del currículo, el análisis crítico del papel de la enfermera en la transformación de los mismos.

6. Atención primaria

La atención primaria está mencionada como estrategia de atención de salud para lograr la meta SPT/2000. Algunos estudiantes tienen experiencias prácticas a través del desarrollo de proyectos específicos.

La escuela da relevancia a la atención primaria como estrategia para lograr la meta SPT/2000 a través del desarrollo curricular y busca que los estudiantes tengan alguna experiencia en llevar a cabo esta estrategia.

La escuela da prioridad al desarrollo de experiencias de aprendizaje en aquellos servicios que aplican la atención primaria como estrategia para lograr la meta SPT/2000 y contribuyen a promover el cambio de orientación en los servicios que no la instrumentan.

Política de desarrollo de recursos humanos

7. Se dispone solamente de estimaciones relativas a la cantidad de personal de enfermería existentes en las

Existe información sobre la cantidad y categoría de personal disponible y la escuela la utiliza para establecer

La escuela conoce la cantidad de personal y las actividades de enfermería que desarrollan las diferentes

distintas categorías y los planes de estudios deben evaluarse para verificar su adecuación a la política de desarrollo de recursos humanos.

8. La política de formación de recursos humanos en enfermería es determinada con escasa o muy relativa participación de las enfermeras docentes y de los servicios.

9. La escuela recibe las decisiones sobre el número de ingresos/año de la institución a la cual depende (ej. universidad o ministerio) con poca participación en la toma de esta decisión.

10. *Base social de la práctica de enfermería*

Las condiciones de la práctica de enfermería que faciliten y garanticen el ejercicio pleno de la profesión son consideradas como asunto de las instituciones empleadoras individuales, dejándolos fuera del ámbito de la escuela.

11. *Criterios para ingreso de alumnos*

Se toma en cuenta la formación previa del alumno pidiendo como requisito de ingreso los años de escolaridad previa y/o el nivel de rendimiento académico del alumno.

distintos planes de estudios. Hace falta lograr la definición de las funciones de las distintas categorías para una mayor racionalización de los recursos en enfermería.

La política de formación de recursos humanos en enfermería está definida por grupos integrados por enfermeras y otros a través de mecanismos formales y/o informales, sin embargo su relación con una política general de recursos humanos en salud es débil.

La escuela participa en la planeación de los ingresos/año, basada en proyecciones de necesidades de la población, políticas de salud y posibilidades de empleo.

El currículo contempla las condiciones de trabajo que facilitan y garantizan el ejercicio pleno de la profesión dándole énfasis durante el curso de administración.

La escuela considera importante la preparación previa en ciencias biológicas y sociales y da importancia a ciertas habilidades como lectura y comunicación, teniéndolas en cuenta en los criterios de admisión.

categorías y se establecen planes de estudio para responder a las necesidades identificadas.

La política de formación de recursos humanos en enfermería integra la política general de desarrollo de recursos humanos de salud, así definida, a través de mecanismos formales, con la participación de enfermeras de las distintas áreas.

La escuela planea los ingresos/año según las necesidades de la población, políticas de salud y trabajo y la demanda de enfermeras profesionales. Participa activamente en la búsqueda de mecanismos para adecuar la demanda en función de las necesidades de salud de la población.

La escuela toma en cuenta los patrones de utilización del recurso de enfermería y otras condiciones de trabajo que faciliten y garanticen el ejercicio pleno de la profesión a través de todo su desarrollo curricular.

Al ingreso del alumno en la universidad, la escuela considera la preparación previa en ciencias sociales, naturales y humanísticas a través de criterios de admisión que incluyen un diagnóstico de competencias, además del rendimiento académico. Ha diseñado mecanismos para facilitar el desarrollo en los aspirantes que no los poseen.

Estructura

Organización de la escuela. Administración del conocimiento

- | | | |
|--|---|---|
| 12. La estructura de la escuela se desarrolla en forma independiente en las diversas profesiones de la salud. La integración es esporádica e informal. | La estructura de la escuela provee mecanismos a través de los cuales los estudiantes desarrollan acciones combinadas con otras profesiones de la salud a través de trabajos específicos de coordinación. | La estructura de la escuela incluye como parte integral las actividades de aprendizaje en equipos multiprofesionales. |
| 13. La organización de la escuela se realiza mediante disciplinas aisladas bajo la responsabilidad de cátedras/ departamentos independientes. | La escuela refleja una estructura organizada por departamentos que une varias disciplinas/materias. | La escuela refleja una estructura organizativa que facilita la representación de diversas áreas en las diferentes unidades. |
| 14. La organización del currículo refleja poca integración, atomizando y repitiendo mucha materia. | El currículo sigue un patrón de organización lo cual permite articulación horizontal y vertical, reflejándose más en las asignaturas de la enfermería, pero en otras materias, depende de la voluntad de participación entre los demás departamentos. | La estructura del currículo está dirigida hacia los procesos de salud. Esta misma necesita la integración de diversas áreas de conocimiento además de su presentación en forma lógica con continuidad e información actualizada. |
| 15. En la estructura del currículo, la unidad de estudio se concentra únicamente en el individuo. | En la estructura del currículo la unidad de estudio se orienta esencialmente hacia el individuo e incorpora elementos del núcleo familiar y ciertos grupos específicos de la comunidad. | En la estructura del currículo la unidad de estudio contempla fundamentalmente la salud colectiva. |
| 16. Las actividades de los programas están basadas en objetivos sin que estos definan las competencias mínimas de los egresados. | En algunas áreas de enfermería las actividades de los programas se guían por objetivos que contienen las competencias específicas de los egresados en las áreas de enfermería correspondientes. | Las actividades de los programas parten de objetivos que especifican las competencias del perfil ocupacional de los egresados enfatizando la contribución de enfermería en la solución de problemas para lograr la meta SPT/2000. |

Relación con la organización de los servicios

- | | | |
|--|--|---|
| 17. La estructura de la escuela no guarda relación con la organización de los servicios. | La organización de la escuela responde a la organización de los servicios a través de comités o grupos de interés. | La estructura de la escuela provee varios mecanismos tales como convenios formales que aseguran una estrecha relación con la organización de los servicios. |
| 18. En la constitución de una base poblacional sobre | Para el desarrollo de la base organizacional de sus pro- | La escuela utiliza para sus programas una variedad de |

la cual se organizan sus programas, la escuela tiene acceso y/o utiliza a un número limitado de servicios, lo cual restringe el desarrollo de dichos programas.

Flexibilidad estructural

19. En la escuela existen comités para examinar cambios necesarios. Suelen limitarse a aspectos curriculares.

20. La escuela está organizada de tal forma que exige largos períodos de tiempo para ajustes curriculares.

21. *Investigación*

La organización de la escuela refleja una baja prioridad en investigación. Cuando se la incluye, es en forma aislada, sin relación a servicio y/o docencia.

Apoyo administrativo

22. La estructura de la escuela solo favorece la coordinación entre las actividades administrativas y las docentes en limitadas instancias, desarrollándose cada una independientemente.

23. En la elaboración y administración del presupuesto la escuela de enfermería tiene poco acceso a decisiones fiscales de planeamiento o administración.

24. *Acervo bibliográfico*

La escuela dispone de una biblioteca limitada y no tiene presupuesto dedicado para su mantenimiento. La información se concentra

gramas la escuela utiliza una variedad de servicios asegurando así una base poblacional adecuada.

La escuela promueve modificaciones a través de reorganizaciones estructurales buscando la integración institucional.

La escuela dispone de mecanismos para realizar cambios curriculares que permiten ajustes dentro de cada asignatura sin un largo proceso.

La organización de la escuela demuestra la necesidad de la investigación. Provee medios para su desarrollo pero la mantiene como elemento no vinculado con los procesos servicio-docencia.

La estructura de la escuela facilita la coordinación entre las actividades administrativas y docentes, manteniéndose dos estructuras separadas.

La escuela elabora el presupuesto pero tiene limitada participación en las decisiones que se toman sobre su aprobación y administración.

La escuela dispone de una biblioteca adecuadamente dotada de libros de amplio espectro relacionados con el currículo y alguna revista

servicios distintos que en su totalidad constituyen una base poblacional y organizacional amplia y representan los elementos de un sistema de salud integral.

En la escuela las unidades de organización facilitan y generan procesos de transformación según necesidades.

La escuela dispone de mecanismos ágiles y dinámicos que le permiten la actualización curricular continua, sin que esto represente inestabilidad.

En la organización de la escuela la investigación es considerada de importancia fundamental en el proceso educativo. Se incorpora en la estructura teórico-práctica del currículo.

La escuela utiliza una estructura administrativa que prioriza la gestión docente-asistencial-investigativa.

La escuela de enfermería elabora su presupuesto, participa en decisiones al respecto y lo administra.

La escuela dispone de una biblioteca, adecuada en cantidad y calidad, de libros y materiales no tradicionales. Hay revistas lati-

en libros y hay pocas revistas. Las revistas disponibles a menudo no son adecuadas ni al contenido curricular ni al idioma.

latinoamericana. Hay fondos presupuestarios disponibles para su mantenimiento. Su sistema de referencia se limita a la biblioteca de la escuela.

noamericanas y otras disponibles con informaciones relevantes para el desarrollo de los programas de la escuela. Existe un sistema de referencia que permite el acceso a la información bibliográfica fuera de la escuela.

Estructura del grupo docente

25. Al establecerse los criterios de selección de docentes la escuela da poca importancia a la especialización y/o experiencia profesional en el área específica.

La escuela ha determinado criterios de selección de docentes que incluyen la preparación científico-técnica y/o experiencia respecto a su área de trabajo.

Los criterios de selección de docentes incluyen la preparación científico-técnica y/o experiencia en su área de trabajo. Exigen, además, habilidades para la investigación.

26. El grupo docente de personal tiene poca participación directa en los servicios cuando son nombrados en la escuela.

Con el apoyo de la escuela, el cuerpo docente está compuesto de personal que ejerce la práctica de enfermería sin haber institucionalizado esa práctica.

El grupo docente se incorpora plenamente en la práctica de enfermería a través de mecanismos variados, todos implicando un grado de integración docencia-servicio.

Función

Relación de la teoría con la práctica

27. La teoría se lleva a cabo de acuerdo a un programa preestablecido. Las experiencias prácticas guardan poca relación con lo teórico.

Debido a su planeación por separado, la relación entre teoría y práctica se consigue mediante mecanismos de coordinación.

La interrelación de los elementos teórico-prácticos del currículo es integral, partiendo de una sola base programática.

28. El proceso didáctico relacionado con la enseñanza-aprendizaje se realiza principalmente en aula, con poca enseñanza planeada en las experiencias prácticas.

El proceso enseñanza-aprendizaje se realiza tanto en el aula como en la práctica, aunque a veces el énfasis es diferente en los dos aspectos.

El proceso enseñanza-aprendizaje se lleva a cabo en varias situaciones con una integralidad de énfasis y contenido.

29. La escuela selecciona algunos servicios para el aprendizaje de los estudiantes en función del grado de desarrollo tecnológico que han alcanzado, priorizando los de alto desarrollo que no necesariamente responden en

La escuela toma en cuenta en sus planes de estudio el análisis crítico del desarrollo tecnológico. En la selección de experiencias para estudiantes, tiene en cuenta la utilización apropiada de la tecnología, pero a esto se le otorga poca prioridad.

La escuela toma en cuenta y participa en el análisis crítico del desarrollo tecnológico de los servicios, valorando en qué medida utilizan y producen tecnologías que responden a sus necesidades. Utiliza como factor de selección para la

forma adecuada a la realidad del país.

30. Las experiencias del aprendizaje se llevan a cabo predominantemente en instituciones que prestan atención de salud a niveles secundarios y terciarios sin que la planeación refleje el panorama real de los problemas de salud de la población.

31. La participación del personal de servicios en la enseñanza-aprendizaje es mínima o tangencial al desarrollo curricular.

Metodología

32. Los profesores utilizan métodos y medios de transmisión de conocimiento existentes que responden a comportamientos previamente establecidos, lo cual conduce a una formación memorística.

33. La escuela utiliza una variedad de materiales educativos producidos en medios de mayor desarrollo que no se adecúan a la realidad.

Evaluación

34. La evaluación curricular es desarrollada solo como parte de una exigencia administrativa sin que los resultados sean utilizados para los cambios curriculares.

Las experiencias del aprendizaje se planean a base del panorama de salud de la población de la región/país. Para este fin la escuela utiliza las instituciones de salud existentes con sus tres niveles de atención.

El personal de servicio participa con los docentes en la identificación de la problemática de salud y de las áreas de énfasis para el desarrollo curricular. Algunos participan en la enseñanza de aula.

En algunos cursos se utilizan metodologías que estimulan a los estudiantes para el desarrollo de habilidades críticas y analíticas.

La escuela analiza y adapta algunos materiales educativos producidos en medios diferentes. La producción propia es mínima.

Algunas cátedras o departamentos realizan evaluaciones tratando de mejorar asignaturas/áreas sin que el plan de estudios sea afectado en su totalidad.

inserción de estudiantes en los servicios, la utilización racional de la tecnología.

Las experiencias del aprendizaje están consideradas como parte de la integración docente-asistencial, lo cual propone la cobertura de la población en un área determinada prestando atención de salud en sus tres niveles y utilizando como enfoques integradores la epidemiología y la estrategia de atención primaria (optimización de recursos).

La participación del personal de servicio en los diferentes aspectos del desarrollo curricular es plena.

El cuerpo docente incorpora en la programación métodos y medios educativos para que el estudiante desarrolle habilidades críticas y analíticas en relación a los contenidos programáticos y su actuación profesional.

La escuela identifica las necesidades de material educativo; lo busca entre lo existente, lo elabora o coordina su producción.

La escuela desarrolla permanentemente la evaluación del proceso educativo y el seguimiento de egresados, con la participación de todos los implicados en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Dicha evaluación es la base de transformaciones curriculares.

35. La evaluación de los estudiantes es individual y mide casi exclusivamente la capacidad de repetir contenidos teóricos dándose poco o ningún énfasis a la práctica.

La evaluación de los estudiantes se mide en forma equilibrada, la adquisición de actitudes y conocimientos, el grado de elaboración conceptual y la capacidad de análisis, así como las habilidades prácticas.

La escuela favorece la autoevaluación del alumno y del profesor, enfatizando la capacidad de análisis y la solución de problemas. Así mismo evalúa la práctica clínica y social.

Actualización (capacitación)

36. Las actividades de actualización de docentes constituyen hechos particulares para satisfacer intereses individuales de los profesores. La escuela apoya las actividades con permisos o goce de sueldo pero no las inicia o estimula.

Las actividades de actualización corresponden a educación continuada a través de cursos con objetivos claros y programación definida, para mejorar el conocimiento técnico en campos específicamente relacionados con el proceso enseñanza-aprendizaje.

Los temas para las actividades de actualización se originan a partir de necesidades identificadas por la escuela, por grupos profesionales y por los servicios. Se enmarcan dentro de un concepto de educación permanente.

37. La escuela tiene pocos profesores con capacitación pedagógica, siendo esta resultado del interés personal del docente y no requisito de la escuela.

La escuela facilita la preparación pedagógica y establece oportunidades y programas de capacitación continua para lograr el desarrollo pedagógico de todos los docentes.

La escuela tiene un programa de formación continua para su personal, facilitando así que el cuerpo docente aplique los principios y técnicas pedagógicas que la escuela ha seleccionado.

38. Las actividades de educación continua son escasas y dirigidas únicamente a los profesionales de enfermería.

Ha desarrollado un programa formal de educación continua para el profesional de enfermería donde algunos eventos están abiertos a la participación de otros profesionales.

Cuenta con un programa permanente de educación continua que conduce al desarrollo de conocimiento y transformación de la realidad. Se incorpora en grupos multiprofesionales para ciertos programas.

Producción del conocimiento científico

39. Las investigaciones nacen de intereses particulares de los investigadores sin que la escuela haya establecido líneas prioritarias.

Algunas unidades de la escuela han definido líneas de investigación basadas en su área de trabajo o en las posibilidades de disponibilidad presupuestaria.

La escuela define líneas de investigación de acuerdo a las necesidades de la profesión, del proceso educativo y de las necesidades de la población.

40. La investigación, cuando se lleva a cabo, se hace de manera esporádica, sin que se incorpore formalmente en los programas.

La investigación es actividad formal del currículo; se hace a varios niveles, enfatizando lo biológico y patofisiológico.

La investigación forma base de la programación. El énfasis reside en el aspecto social y epidemiológico, aunque se hace espacio para algunas investigaciones de otra índole.

41. La escuela publica pocos trabajos, usualmente en forma monográfica para difundir su labor de docencia-servicio e investigación.

Disponibilidad presupuestal

42. El presupuesto de la escuela solo le permite cumplir con el desarrollo de la función docente y aun esto en forma limitada.

43. La escuela realiza pocas gestiones para conseguir fuentes de financiamiento extrapresupuestarias por varias razones: falta de acceso, información, etc.

La escuela cuenta con una publicación ocasional para difundir su labor de docencia-servicio e investigación.

El presupuesto de la escuela permite el cumplimiento de sus funciones, dando prioridad a docencia-asistencia, o en algunos casos a intereses de ciertos departamentos.

La escuela ocasionalmente busca fuentes de financiamiento extrapresupuestarias, usualmente a nivel nacional y mediante la gestión de alguna persona del grupo docente.

La escuela cuenta con una publicación permanente y periódica para difundir su labor de docencia-servicio e investigación.

El presupuesto de la escuela, tanto en el campo de la investigación como en el docente-asistencial y de extensión, refleja su compromiso con programas que responden a las necesidades de salud de la población.

La escuela tiene capacidad y mecanismos para generar recursos propios (asesorías, proyectos y otros), con significación en relación al presupuesto.

Integralidad

Marco conceptual (lineamientos directrices para el desarrollo institucional)

44. Los docentes se rigen por sus propios sistemas de valores, aunque la escuela haya unificado la filosofía de enfermería a aplicar en el desarrollo curricular, por lo tanto, se nota poco su impacto en las acciones de la escuela.

45. La escuela dispone de un marco conceptual de enfermería de acuerdo con la realidad de salud del país, pero su influencia en la programación curricular es limitada.

46. La escuela utiliza teorías y técnicas acorde con modelos de atención y educación de enfermería sin adaptarse a la realidad del país.

47. El enfoque de la atención de enfermería que se

Los docentes han determinado el marco filosófico a seguir. La necesidad de elaborar este con representantes de los estudiantes, graduados y personal de los servicios es aún incipiente, su revisión es esporádica, sin embargo, provee líneas generales para el desarrollo de los aspectos docentes.

La escuela dispone de un marco conceptual de acuerdo con la realidad social y de salud del país evidenciándose esta más en los aspectos teóricos que en la programación total.

La escuela reconoce la necesidad de hacer estudios críticos sobre las teorías y técnicas usadas pero no ha desarrollado mecanismos para esto.

La escuela considera la atención de enfermería bajo

El personal docente de la escuela, conjuntamente con integrantes de los grupos estudiantiles graduados y de servicios, determina el marco filosófico que sustenta todas las actividades institucionales. Dicho marco se redefine periódicamente, según demande la situación.

Los programas de la escuela parten de un marco conceptual válido y vigente, de acuerdo a la realidad social y de salud, lo cual se refleja en todas sus actividades.

La escuela analiza críticamente las teorías y técnicas existentes en enfermería y contribuye al desarrollo de las mismas.

La escuela considera la atención de enfermería con

evidencia en la escuela es esencialmente biológico-patológico incluyendo mención de factores psicosociales pero con poco énfasis en lo social.

48. La escuela considera que la atención primaria de salud está constituida por la extensión de cobertura a las áreas lejanas.

el enfoque biosicosocial; pero existen áreas en las que se hace más énfasis en uno de los tres aspectos.

La escuela incorpora la orientación hacia la atención primaria de salud como estrategia a través de las acciones de sus elementos (docentes, personal, estudiantes) aplicables a niveles primario y secundario de atención de salud.

un enfoque biosicosocial y eso se evidencia en todas sus acciones.

La escuela define la atención primaria de salud como parte integral de su marco filosófico-conceptual, por lo cual sus elementos (docentes, personal, estudiantes) participan directamente en la aplicación de dicha estrategia en todos los niveles: primario, secundario y terciario.

Papel de la escuela en la sociedad

49. La escuela se limita a preparar recursos humanos de salud suponiendo que estos participarán en el proceso del desarrollo del país.

La escuela identifica su actuación en cuanto a la formación de recursos humanos con el proceso de desarrollo del país. En los aspectos de servicio e investigación su respuesta es más limitada.

La escuela, a través de sus funciones de docencia, servicio e investigación toma un papel de liderazgo en promover transformación en la situación de salud. Además, utiliza varias formas de participar en el proceso de cambio social.

50. La escuela participa con los servicios en la planificación y/o evaluación del sistema de salud solo cuando se le solicita.

La escuela está representada en comités de coordinación para la planificación y/o evaluación del sistema de salud.

La escuela y las autoridades de los servicios están plenamente integradas en la planeación y evaluación del sistema de salud, corresponsabilizándose por la atención.

51. La escuela solo participa en la prestación de servicios de salud a través de la práctica de los alumnos. Tiene poco contacto con los egresados para fines de mejorar la atención de enfermería.

La escuela, a través de docentes y estudiantes, contribuye a cambios de orientación en los servicios. Hay mecanismos para el seguimiento e incorporación de los egresados en este proceso.

La escuela, a través de los docentes, estudiantes y egresados participa en la elaboración de nuevos modelos de atención que dan prioridad a la atención primaria de salud.

52. La escuela encara sus funciones con un enfoque de atención predominantemente curativa, sin priorizar las actividades de prevención o de educación para la salud.

En el desarrollo de las funciones de la escuela se enfatiza el rol de la enfermería dirigido hacia la promoción de salud y prevención de enfermedades. En la práctica solo tienen contacto con las personas que buscan

La escuela enfatiza en el cumplimiento de todas sus funciones, enfatiza las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades como el eje del quehacer de enfermería en la búsqueda de la transfor-

- | | | |
|---|---|---|
| 53. La escuela participa poco en el proceso de formación del personal auxiliar. | atención en el sistema de salud establecido.

La escuela tiene representación en los cuerpos directivos de los centros formadores de auxiliares. | mación social y de salud de la comunidad.

La escuela participa en el desarrollo de recursos humanos en enfermería, no solo a nivel profesional sino para todo el equipo de enfermería. |
| 54. La escuela de enfermería prepara a la enfermera para ocupar un puesto en el equipo de enfermería y discute su papel dentro de un contexto multiprofesional en forma limitada. | La escuela de enfermería considera a la enfermera como un profesional independiente, integrante de un equipo multiprofesional. Esta concepción se viabiliza a través de su contenido teórico-práctico. | La escuela de enfermería considera como fundamental el trabajo en equipo multi-profesional y la capacidad de decidir con independencia profesional; participa activamente en la búsqueda, planeación y realización de trabajos que demuestran estas cualidades y elementos. |
| 55. La escuela utiliza en la enseñanza los resultados de las investigaciones que realizan diversos profesionales de la salud, pero las actividades de investigación propia son mínimas. | Los docentes, estudiantes y egresados cuestionan los modelos de atención de salud realizando algunas investigaciones sobre problemas de la población. | Los docentes, estudiantes y graduados de la escuela, integrando equipos interdisciplinarios, participan en la búsqueda de formas de prevención y solución de los problemas prioritarios de salud mediante la investigación. |
| 56. La escuela participa a través de sus docentes estudiantes y graduados en discusiones (ej. jornadas científicas) que tienden a definir las funciones y bases de la profesión. | La escuela, a través de sus docentes, estudiantes y graduados, demuestra interés en la organización de actividades para discutir la naturaleza de enfermería, usando como base las teorías desarrolladas. | La escuela asume a través de sus docentes, estudiantes y graduados un papel significativo en investigaciones y otras actividades que tienden a definir la naturaleza de enfermería para contribuir a resolver problemas de salud. |
| 57. La escuela trata poco los temas relacionados a las condiciones de trabajo de la profesión ya sea en la teoría o en la práctica. | La responsabilidad de mejorar las condiciones de trabajo de la profesión está tomada por la escuela como línea de trabajo en las instituciones donde practican los alumnos, pero se discute poco con los alumnos en el currículo. | La escuela asume un papel de relevancia y se articula con los servicios para mejorar las condiciones de trabajo de la profesión. Prepara enfermeras para ejercer un papel activo en la búsqueda de las estrategias y/o mecanismos para este mismo fin. |
| 58. En los niveles políticos y administrativos del proceso de desarrollo de la es- | En el proceso del desarrollo de la escuela algunas áreas o disciplinas han logrado | Existe una participación amplia y democrática de estudiantes, funcionarios do- |

cuela solo hay participación de los directivos y docentes. Solo por excepción se busca la participación estudiantil y de los graduados.

participación docente-estudiantil. La participación de graduados y/o comunidad es esporádica y sin representatividad.

centes y representantes de la comunidad en el proceso de desarrollo de la escuela.

El egresado de la escuela en la sociedad

59. Los egresados de la escuela aplican conocimientos y habilidades técnicas en su campo de trabajo; sin embargo, al incorporarse en los servicios, el desarrollo de las habilidades analíticas y/o de investigación es muy limitado.

Los egresados de la escuela demuestran conocimientos, habilidades y actividades en el trabajo haciendo a la vez investigaciones aplicadas para mejorar los servicios. Sus actitudes críticas se limitan a participación en comités de revisión y mejoramiento de los servicios en los cuales ellos actúan.

Los egresados de la escuela demuestran conocimientos, habilidades y actitudes profesionales en su área de trabajo. Desarrollan actitudes críticas y analíticas en su quehacer a fin de identificar, a través de la investigación aplicada y/u otras actividades, nuevas formas de promover el desarrollo de los servicios de salud.

60. Los egresados aceptan los valores éticos de la institución donde trabajan en relación a servicios de salud.

Los egresados aplican en forma consciente los valores profesionales en su trabajo individual con el paciente, familia y comunidad.

Los egresados de la escuela mantienen una conciencia social que promueve la aplicación de valores tendientes a la transformación social.

61. Los egresados de la escuela se insertan en el mercado de trabajo donde siguen las líneas de autoridad y normas existentes. Demuestran una capacidad de liderazgo solo en lo que se refiere a la administración de una sala de cuidados o participando en la aplicación de programas específicos de centros/distritos de salud.

Los egresados de la escuela, al entrar en el mercado de trabajo, demuestran calidades de liderazgo dentro del campo de enfermería pugnando para la mejoría de los servicios y su personal.

Los egresados de la escuela demuestran capacidades de liderazgo conducentes al cambio en enfermería en los servicios de salud, en el personal de salud y eventualmente en la transformación de la salud de la comunidad hacia SPT/2000.

62. Los egresados de la escuela participan en su trabajo en la toma de decisiones a niveles limitados que suele referirse a decisiones sobre aspectos cotidianos de un campo de práctica.

Los egresados de la escuela participan en el establecimiento de políticas y la toma de decisiones cuando se refiere al campo de enfermería.

Los egresados de la escuela participan en todos los niveles de decisiones en el área salud con una caracterización de su propia profesión, lo cual permita integrarse en equipos de trabajo multi e interprofesional.

63. Los egresados de la escuela ven a la enfermería como una profesión dependiente y/o de empleo relativamente seguro. A veces para promoverse se alejan de la profesión.

Los egresados de la escuela se identifican con su profesión. Algunos asumen posiciones de liderazgo para promover enfermería.

Los egresados de la escuela están plenamente identificados con la profesión, promoviendo el desarrollo de esta en todo ámbito.

BIBLIOGRAFIA

- Barrows, H. S. y Tamblyn, R. M. *Problem Based Learning: An approach to medical education*. Springer Publishing Co., Nueva York, 1980.
- Castellanos, P. L. Introducción a la epidemiología como abordaje integral del proceso salud-enfermedad en poblaciones humanas. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Ministerio de Salud, Nicaragua, 1983.
- Decouflé, A. C. *La Prospectiva*. Barcelona, OIKOS-Tau, 1974.
- Ferreira, J. R. Análisis prospectivo de la educación médica. *Educ Med Salud* 20(1), 1986.
- Luna, R. Análisis prospectivo de la educación médica y los escenarios como metodología. Trabajo inédito. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1987.
- MacPherson, K. I. Health Care Policy, Values and Nursing. *Advances in Nursing Sciences* 9:3, 1987.
- Manfredi, M. Articulación docencia-asistencia e investigación y la calidad de la atención de enfermería. Trabajo inédito presentado en el Congreso Nacional de Enfermeras de Colombia, 1984.
- Mejía, A. Educación continua. *Educ Med Salud* 20(1), 1986.
- Organización Mundial de la Salud. *Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. *Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud*. Serie de Informes Técnicos No. 694. Ginebra, 1983.
- Organización Mundial de la Salud. *Health Projections in Europe. Methods and Applications*. Ginebra, 1986.
- Organización Mundial de la Salud. Integración docente-asistencial. Trabajo inédito. Relato del Seminario realizado en Brasilia, 1976.
- Organización Panamericana de la Salud. *El papel de la enfermera en la atención primaria de salud*. Publicación Científica No. 348. Washington, DC, 1977.
- Organización Panamericana de la Salud. Usos y Perspectivas de la Epidemiología. Publicación No. PNSP84-47, OPS, Washington, DC, 1984.
- Organización Panamericana de la Salud. Grupo de Trabajo sobre Lineamientos Generales de Investigación y Proyecto de Estudios de la Práctica de Enfermería—Informe Final. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos 63. 1985.
- Organización Panamericana de la Salud. Resultados preliminares de la investigación sobre la práctica de enfermería en seis países de América Latina. Trabajo inédito. Washington, DC, 1985.
- Organización Panamericana de la Salud. Elementos para el Marco Conceptual de Atención Primaria en Salud. Documento Inédito. Washington, DC, 1987.
- Rodríguez, M. I. La planificación educativa y los nuevos modelos de formación de personal de salud: El proceso de integración docente-asistencial. Trabajo inédito presentado en un taller. Táchira, Venezuela, 1979.
- Serrano, M. M. La planificación social prospectiva. *Comercio Externo* 28:4, 1978.
- Souza, A. Cuarenta años de cooperación técnica de la OPS en enfermería y algunas notaciones sobre educación en enfermería. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1983.
- Universidad Central de Venezuela. *Análisis prospectivo de la escuela de salud pública—I Etapa*. Caracas, 1986.
- Verderese, O. Análisis de la enfermería en América latina. *Educ Med Salud* 13(4), 1979.
- Vidal, C. A. y Quiñones, J. Integración docente-asistencial. *Educ Med Salud* 20(1), 1986.

URUGUAY: METODOLOGIA PARA UN MODELO DE SIMULACION DE OFERTA MEDICA FUTURA ¹

Ricardo Meerhoff² y Darrell Lewis³

INTRODUCCION

La evolución de los egresados de la Facultad de Medicina (FM) de la Universidad de la República, única institución formadora de recursos humanos para la salud en el Uruguay, ha tenido crecimiento sostenido desde sus orígenes en 1880, aunque su ritmo exponencial comenzó a perfilarse recién a partir de 1940.⁴ No ha existido en el país una política de formación de recursos en esta área, en el sentido de procurar un equilibrio entre las necesidades en salud y la oferta de personal capacitado para satisfacerlas. El presente trabajo tiene por objetivo estimar la posible evolución futura del número de profesionales, considerando un conjunto de variables intervinientes, y varias hipótesis distintas respecto de los ingresos a la Facultad en las próximas décadas.⁵

Existen básicamente dos grandes aproximaciones a la estimación futura de los recursos humanos en el campo de la salud. En primer lugar, una proyección de las tendencias históricas. En segundo lugar, una proyección basada en las necesidades futuras de la población que permite, a su vez, calcular la oferta profesional necesaria para satisfacerla. En este estudio se estima el número futuro de médicos sobre la base de la primera aproximación, esto es, se proyecta la oferta de profesionales. No se analiza la demanda futura de la población según sus necesidades de atención ni

¹ La fuente para todas las referencias numéricas, cuadros y figuras se encuentra en el trabajo titulado *Proyección del Cuerpo Médico Nacional, 1986-2030*, Montevideo, Uruguay, 1987.

² Jefe del Departamento de Política Social de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Presidencia, Montevideo, Uruguay.

³ Profesor, Universidad de Minnesota, Minneapolis, EUA.

⁴ *Estudiantes y Egresados de la Facultad de Medicina 1880-1986*, Montevideo, Uruguay, 1986.

⁵ Tratamiento de la información: Isaac Alfie y Victor Camou.

tampoco, por consiguiente, su grado de ajuste con la oferta médica previsible.

En general, no suelen realizarse estimaciones de tanta extensión futura como la que se encara en este trabajo, que abarca 45 años (1986-2030). Sin embargo, dadas las condiciones en Uruguay, solo un período de esta extensión permite apreciar las consecuencias de ensayar diversas hipótesis respecto de los ingresos a la FM, habida cuenta que el tiempo de permanencia estudiantil promedio en la Facultad se ubica en un entorno de 10 años. A su vez, se debe tener en cuenta que la mayor parte de los egresados a partir de 1986 estarán activos durante todo el período de predicción.

Del estudio surge que cualquiera sea la evolución de los ingresos, inclusive si estos fueran nulos, para 1995 podrán ejercer la medicina en el Uruguay 10 700 profesionales, cantidad mayor en un 32% al número de médicos al 31 de diciembre de 1985.

A partir de 1996, el cuerpo médico será reflejo de la evolución que observen los ingresos a la FM desde 1987 en adelante. Si estos fuesen similares al ritmo actual, habría entre 18 000 y 24 000 médicos en el año 2030. Si se deseara estabilizar el número de médicos en la cantidad que se estima que habrá al 31 de diciembre de 1986 (8408 profesionales), dicho objetivo se lograría recién en el año 2030, con un ingreso anual constante a partir de 1987 ubicado en 400 alumnos. Al considerar el ingreso mínimo postulado en esta proyección, o sea 200 inscripciones anuales a partir de 1987, la cifra al 31 de diciembre de 1986 se alcanzaría nuevamente dentro de 32 años, en el año 2018, después de un máximo de 10 992, que se alcanzaría en 1998.

Entre otras consecuencias, se puede anticipar que el incremento en el número de profesionales agravará la situación de desempleo y subocupación que ya se observa actualmente. Habrá crecientes conflictos generacionales, mayores tendencias hacia la emigración y un incremento en el gasto en salud debido a una demanda inducida por una mayor oferta. La Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios (CJPPU) se verá también afectada en su equilibrio presupuestal en la medida en que el número de profesionales activos se reduzca en términos relativos y absolutos respecto de los profesionales en situación de retiro.

En definitiva, se concluye que Uruguay debe establecer una política de recursos humanos para corregir progresivamente los efectos del crecimiento espontáneo y explosivo observado, que de continuar, hará inclusive más difícil el retorno a un equilibrio.

PROYECCION HISTORICA SIMPLE

Un primer método consiste en tomar el número de médicos en condiciones de ejercer al 31 de diciembre de cada año según la CJPPU y

proyectar la tendencia observable. Ello supone calcular la regresión lineal simple para los datos observados y extrapolar al futuro la evolución acaecida. Se considerarán los períodos 1964-1985 y 1973-1985, pues el año 1973 marca el quiebre en la tendencia prevaleciente, al acelerarse el ritmo de crecimiento. Según la tendencia histórica 1964-1985, el incremento neto anual se ubica en 250 profesionales. Al considerar el período 1973-1985, en que se acelera el ritmo de crecimiento, el incremento anual neto se sitúa en cerca de 353 médicos. Para el año 1995 se obtiene en total 9984 y 11 542 profesionales, respectivamente. Si se mantuvieran las tendencias, el crecimiento será siempre positivo, alcanzando para el año 2030, 18 740 y 23 880 médicos, para cada una de las bases de proyección elegidas.

Si bien la información de la CJPPU permite proyectar el cuerpo médico en forma directa, dicha metodología tiene el inconveniente de que extrapola la tendencia pasada y no considera las variables que inciden en la determinación de las series numéricas, así como tampoco contempla las variaciones que pueden ocurrir en dichas variables.

METODO PREDICTIVO GENERAL

El método utilizado para la proyección del cuerpo médico nacional parte de considerar su estructura por sexo y edad al 31 de diciembre de 1985, le agrega el flujo de egresos anuales de la FM y el saldo neto de la emigración de profesionales, y sustrae los fallecimientos y los retiros. El método se aplica año a año y cada variable se toma discriminada por edad y por sexo. El número de egresados, a su vez, se halla en función de los ingresos a la FM. El modelo permite someter a prueba todas las hipótesis y combinaciones que se deseen, y apreciar sus resultados: ingresos crecientes, decrecientes, constantes, nulos, etc.; composición por sexo variable, porcentajes de retención variables, y así sucesivamente. Inclusive permite plantear y resolver el problema en términos inversos: determinar cuáles ingresos o condiciones permitirían alcanzar una meta numérica preestablecida.

PROYECCION DE LOS GRADUADOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA PARA EL PERIODO 1986-2030

Si exclusivamente se tuviera información acerca del número de títulos expedidos en el pasado, un método razonable de proyección consiste en extrapolar la tendencia de los años más recientes. Dicho procedimiento inductivo tiene la característica de no relacionar los factores que determinan el fenómeno bajo estudio, con el agravante de que recoge la tendencia prevaleciente en los ingresos una década antes, habida cuenta

del tiempo promedio que insume el estudiantado para egresar y que se ubica en diez años. Por consiguiente, como el crecimiento de los ingresos en los últimos veinte años fue explosivo, una extrapolación histórica, cualquiera fuese el número de años considerados para la proyección, tendría por consecuencia un crecimiento exponencial de los egresos, con tasas de mayor o menor aceleramiento ligadas al lapso de tiempo tomado como base.

En virtud de la información disponible, en lugar de una extrapolación histórica se puede construir una función explicativa del número anual de graduados, en combinación con el número de estudiantes cursando primero en cada año civil. En el modelo usado en este estudio, los egresos de la Facultad de Medicina por sexo y edad constituyen una función de los estudiantes de sexo masculino y femenino que ingresan a primer año, de la tasa de deserción estudiantil, y del tiempo y porcentaje de egreso de cada generación de ingresados a primer año. Se pasan a describir los elementos considerados para la proyección.

Ingresos

La serie de ingresos a la FM de 1951 a 1986 se indica en el cuadro 1. Su crecimiento ha sido ininterrumpido hasta 1975, año a partir del cual se impusieron cupos, que fueron levantados en 1984.

A nuestros efectos, el flujo de egresados de la FM hasta 1995 es predecible con un alto grado de confiabilidad pues dichos graduados se encuentran ya hoy en esa casa de estudios y conocemos las diversas variables necesarias para su predicción. No ocurre lo mismo con los egresados a

CUADRO 1. Ingresos a la Facultad de Medicina para los años 1951-1986.

Año	Ingresos	Año	Ingresos	Año	Ingresos
1951	215	1963	415	1975	1242
1952	235	1964	422	1976	815*
1953	236	1965	492	1977	549*
1954	210	1966	638	1978	539*
1955	261	1967	820	1979	538*
1956	297	1968	553	1980	768*
1957	343	1969	721	1981	753*
1958	350	1970	700	1982	617*
1959	347	1971	952	1983	559*
1960	398	1972	958	1984	1219
1961	411	1973	1401	1985	1110
1962	342	1974	976	1986	1089

*Años con restricciones en el ingreso

partir de 1995, pues incide aquí la evolución de los ingresos a la FM a partir de 1987. La dificultad para anticipar la elección vocacional de las generaciones universitarias futuras determinó que se optara por ensayar escenarios de ingreso alternativos, sin vaticinar cuál de ellos puede ser el más probable. En consecuencia, se manejan 12 hipótesis diferentes, nueve de ellas de ingreso constante, y tres de carácter decreciente. Se parte de 1000 estudiantes hasta alcanzar un nivel mínimo de 200 ingresos anuales, que coincide con el nivel alcanzado para el año 1950 y que constituye el promedio para el período 1946-1955. El trabajo plantea la hipótesis implícita de que los ingresos no seguirán aumentando, y que como máximo se estabilizarán en 1000 estudiantes anuales (el promedio para los últimos cinco años en que el acceso a la FM fue libre se ubica en 1127 alumnos). Se debe tener en cuenta que el efecto de las diversas hipótesis se evidencia recién a partir de 1995. El número anual de graduados hasta ese año es consecuencia de los ingresos ya ocurridos. En otras palabras, si se cerrara la Facultad de 1987 en adelante, los egresos hasta 1995 permanecerían constantes en igualdad de condiciones.

Distribución por sexos y tasa de egreso

La tasa de deserción y el tiempo de egreso es uniforme por sexos, de modo que los egresos mantienen la misma distribución por sexo que la observada para los ingresos a primer año. El promedio para los últimos años se ubica en 40% para los hombres y en 60% para las mujeres. La tasa de retención fluctúa desde un máximo de 66,4 en 1962 a un mínimo de 27,6 en 1973. Este porcentaje, que constituye el complemento de la tasa de deserción, se obtuvo rastreando el egreso de las generaciones ingresadas a la Facultad. El cuadro 2 presenta una síntesis.

CUADRO 2. Porcentajes de egreso de la Facultad de Medicina para las generaciones 1954-1973.

Promedio	Promedio de ingreso	Porcentaje de egreso
Prom. 1954-58	292	58,5
Prom. 1959-63	383	61,2
Prom. 1964-68	585	50,7
Prom. 1969-73	946	41,6
1969	721	53,1
1970	700	53,4
1971	952	46,5
1972	958	40,0
1973	1401	27,6

Se aprecia que el porcentaje de egreso desciende en los tres últimos años considerados, alejándose de la tendencia de largo plazo, que se ubica en el 50%. Sin embargo, los años 1971, 1972 y 1973 no son plenamente representativos. En primer lugar, se encuentran en el umbral a partir del cual la información disponible es insuficiente para conocer el porcentaje definitivo de retención, habida cuenta que el tiempo promedio de egreso para dichas generaciones es de casi 11 años y que restan egresar estudiantes de ellas. En segundo lugar, los estudiantes ingresados en dichos años comprenden las generaciones de transición entre el período pre-militar y la intervención de la Universidad, lo que pudo provocar una deserción por sobre la tendencia natural, máxime frente al salto brusco que sufrió el ingreso a la FM en 1973, ubicado en 1401 alumnos. La dificultad para predecir la resultante entre los diversos factores intervinientes determinó que para las proyecciones realizadas en este trabajo se considerara el porcentaje de deserción histórico de largo plazo, ubicado en el 50% de los ingresos.

Distribución etárea de los egresados

En Uruguay no existen restricciones al tiempo de permanencia estudiantil en la Universidad, ni estatutos diferentes según que el alumno sea de tiempo completo o parcial. Como consecuencia, los estudiantes que se gradúan de la FM en un año civil dado pertenecen a generaciones de ingreso diferentes y tienen una amplia dispersión etárea, como se aprecia en el cuadro 3. Dicha información importa para proyectar la pirámide por edades, pues los graduados se agregan a la cohorte de edad que les corresponde en la pirámide médica existente, lo que a su vez repercute sobre las tasas de fallecimiento y de retiro y sobre la propia pirámide.

CUADRO 3. Distribución porcentual de los egresados de la Facultad de Medicina para el período 1975-86 según los años de estudio insumidos y su edad al egresar.

Años insumidos para egresar	Edad al egresar	Distribución porcentual "g"	Distribución acumulada
7 y menos	25 y menos	0	0
8	26	8	8
9	27	31	39
10	28	22	61
11	29	15	76
12	30	8	84
13	31	5	89
14	32	3	92
15	33	2	94
16 y más	34 y más	6	100

La distribución porcentual indicada en el cuadro 3 se toma como estructura etárea de los egresados para el período de proyección. El número de egresados (“ e_t ”) de un año (“ t ”) determinado surge de considerar los ingresos a la FM ocurridos desde el año ($t-16$ a $t-8$), y aplicando a cada uno de ellos el porcentaje de egreso (“ g ”) que le corresponde. Dicha suma se multiplica por la tasa de retención (50%), que se supone constante para todas las generaciones. En símbolos:

$$e_t = 0,5 (0,06n_{t-16} + 0,02n_{t-15} + 0,03n_{t-14} + \dots + 0,31n_{t-9} + 0,08n_{t-8})$$

Para hallar por ejemplo los egresados que corresponden a 1986, se aplica el vector del cuadro 3 a los ingresos de 1970 a 1978; para los egresados de 1987 se considera 1971 a 1979, y así sucesivamente.

AJUSTES POR MIGRACION, FALLECIMIENTO Y RETIRO

Migración

La migración de profesionales constituye el saldo neto entre la emigración de médicos uruguayos a otros países y los títulos médicos obtenidos en el exterior por ciudadanos uruguayos o extranjeros y revalidados por la Facultad de Medicina. La experiencia de los últimos años indica que la emigración superó ampliamente las reválidas de títulos: en los quince años de 1971 a 1985, la FM revalidó 161 títulos extranjeros, mientras que para el período de siete años 1973–1980 la misma FM registra 1342 expedientes solicitando constancias de estudio hacia el exterior. Si bien dicho número incluye tanto solicitudes de estudiantes como de profesionales, se puede presumir que el número de médicos que emigraron superó con amplitud al ingreso de médicos desde el exterior. Para los años próximos se puede esperar que las tendencias hacia la emigración se mantengan y, posiblemente, que se refuercen. Sin embargo, como dependen de condiciones económicas, laborales, políticas, etc., tanto nacionales como de otros países, e inclusive de la política inmigratoria de estos, es difícil realizar estimaciones en este sentido. A los efectos de este trabajo se hizo el supuesto de que el saldo migratorio es nulo. Si la oferta médica supera la capacidad de absorción del mercado, la pérdida de capital social es igual permaneciendo ocioso el recurso en el mercado doméstico, que emigrando hacia el exterior. El costo social, en cuanto a capital social y humano perdido, es similar.

Fallecimientos

Se suele señalar que los profesionales médicos están sometidos a mucha tensión y que su tasa de muerte es más elevada que la del resto de la

población, pero también es cierto que los médicos constituyen un sector integrante de las capas de ingreso, cultura y nivel de vida más elevadas, circunstancias que podrían neutralizar los riesgos provenientes de su profesión. Por otra parte, por su misma formación y vínculos, constituyen el sector con mayor conocimiento y accesibilidad a los servicios de salud y a los avances tecnológicos de la medicina contemporánea, lo que podría sugerir que su tasa de mortalidad fuese menor a la tasa general. A los efectos de la proyección de la pirámide médica se tomaron las tasas de muerte por sexo y edad generales para el país, según datos de la Dirección General de Estadística y Censos.

Retiros

La tasa de retiro, a diferencia de la tasa de fallecimiento, constituye el resultado de decisiones individuales, y estas pueden variar en el lapso de tiempo de la proyección (45 años). Un número en ascenso de profesionales, por ejemplo, puede incidir tanto en un retiro anticipado como en uno más tardío: el creciente subempleo y desempleo médico puede motivar un retiro adelantado, o puede, por el contrario, causar una mayor permanencia activa para procurar un ingreso mayor al monto jubilatorio que correspondería. Como no es posible determinar las tendencias en esta área, que obedecerán a circunstancias y motivaciones imponderables, se hizo la hipótesis de que las tasas actuales no variarían en el futuro. Sobre la base de los registros de la CJPPU se hallaron los retiros por cohorte de edad y sexo para los años 1981, 1982, 1983, 1984 y 1985. Asimismo, se constituyó la pirámide por sexo y edad al 30 de junio de 1983 y se calcularon las tasas centrales de retiro por edad y sexo correspondientes. En el cuadro 4 se indica el porcentaje de retiro por cohorte quin-

CUADRO 4. Porcentaje de retiros por sexo y cohorte quinquenal (1981-1985).

Tramo de edad	Porcentaje en el total de retiros		Total
	Hombres	Mujeres	
55-59	6,63	32,69	11,79
60-64	28,44	28,85	28,52
65-69	24,64	17,31	23,19
70-74	25,59	9,62	22,43
75-79	10,43	9,62	10,27
80-84	4,27	1,91	3,80
Total	100,00	100,00	100,00

quenal para el total de retiros del período 1981-1985. La edad promedio para el retiro femenino se ubica en 62 años, frente a 67 años en el caso masculino.

METODOLOGIA DE CALCULO DEL MODELO

A partir de la estructura por edad y sexo del total de médicos en condiciones de ejercer al 31 de diciembre de 1985, se halló la estructura por edad y sexo al 31 de diciembre de 1986, y así sucesivamente hasta el año 2030, para cada una de las doce hipótesis consideradas. Las estimaciones obtenidas, agrupadas por cohortes quinquenales de edad, permiten dibujar las pirámides de población año a año para cada alternativa. En la figura 1 se visualiza el resultado de cada una de las hipótesis y la evolución de la población nacional.

SITUACION AL AÑO 1995

Reiterando lo señalado, con prescindencia de cuál sea la evolución de los ingresos después de 1986, la masa total de médicos en condiciones de practicar la medicina, si se mantienen los actuales parámetros incidentes, se ubicará en 1995 en 10 680 profesionales, con una leve mayoría masculina (52%). Dicho número supone un incremento del 31% respecto de los médicos actuales, y si se considera que de estos últimos se desempeñan profesionalmente aproximadamente 5000, se obtiene que un número crecientemente importante de médicos se encontrará desocupado. Si los puestos de trabajo no se amplían o no cambia la estructura del mercado laboral, los profesionales subempleados o directamente sin empleo pueden llegar a igualar el número de sus colegas empleados.

EVOLUCION 1996-2030

A partir de 1995 comienza a desaparecer la inercia propia al número de estudiantes que se encuentran en 1986 en la Facultad y a evidenciarse el efecto de las hipótesis realizadas acerca de la evolución futura de los ingresos al primer año. La hipótesis H1, que como se recordará consideraba un ingreso constante e igual a 1000 alumnos por año, sigue una tendencia que tiende a ajustarse a la extrapolación con base 1964-1985 del cuerpo médico nacional. Dicha evolución es siempre creciente, con tendencia a estabilizarse bien entrado el siglo próximo. Las hipótesis H2 a H6 (900 a 500 ingresos, respectivamente), implican escalonamientos de crecimiento de carácter decreciente, pero ninguna de ellas, al año 2030,

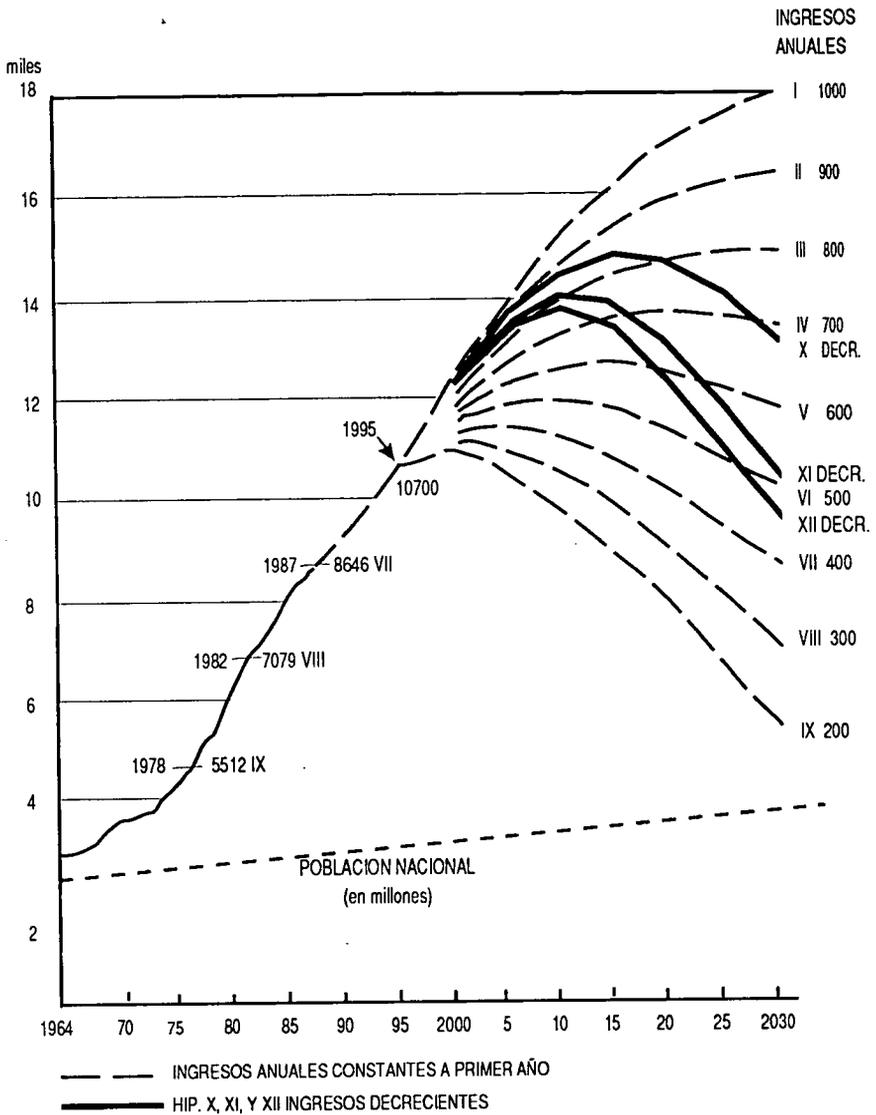


FIGURA 1. Proyección cuerpo médico nacional, 1986-2030. Hipótesis 1 a 12.

supone un número menor al existente en 1986. Para la hipótesis H6 (500 ingresos anuales), en el año 2030 se llega a 10 213 médicos, el número que se estima habrá en 1994. Solamente en el caso de las hipótesis H7, H8 y H9 (400, 300 y 200 ingresos anuales, respectivamente), se llega en el año 2030 a niveles similares a los existentes en los últimos años: H7, 8646

(1987); H8, 7079 (1982) y H9, 5512 (1978). Se tendrá en cuenta que los supuestos hechos para estas tres alternativas son muy fuertes, pues se hipotetiza un ingreso anual constante menor al que se observó en 1960 (400 ingresos).

Las hipótesis H10, H11 y H12 plantean una reducción escalonada progresiva en el número de aspirantes. Para estos casos, el declive en el número total de profesionales comienza en forma tardía, como se visualiza en el cuadro 5, alcanzándose para la hipótesis H12, la más drástica, 9513 médicos en el año 2030, que constituye una cifra similar al número estimado para 1991.

EVOLUCION SEGUN EDAD Y SEXO

El modelo predictivo desarrollado permite hallar la estructura por edad y sexo para cada año en las diversas hipótesis realizadas, así como el número de pasivos por sexo y edad en cada año. Se aprecia el paulatino incremento de los profesionales de sexo femenino, que en el largo plazo, en virtud del supuesto realizado acerca de los ingresos, tiende a ubicarse en el 60% del total, con variantes menores en función de la incidencia de las tasas de mortalidad y de retiro propias a cada sexo. En cuanto al número de profesionales por cohorte de edad, para los casos H7, H8 y H9, se observa en la pirámide de edades una ascensión de carácter anular, que transforma el esquema "pirámide" en un esquema tipo "trompo", con una base que tiende a reducirse. Las hipótesis H10, H11 y

CUADRO 5. Número máximo y mínimo de médicos para el período 1986-2030 según cada hipótesis.

Hipótesis	Ingreso anual	Maximo año	Número alcanzado	Mínimo año	Número alcanzado	Médicos a 1986
—	—	1995	10.680	—	—	8.408
1	1.000	2030	18.048	—	—	8.408
2	900	2030	16.481	—	—	8.408
3	800	2030	14.914	—	—	8.408
4	700	2019	13.619	2030	13.347	8.408
5	600	2015	12.621	2030	11.780	8.408
6	500	2009	11.891	2030	10.213	8.408
7	400	2003	11.417	2030	8.646	8.408
8	300	2001	11.148	2030	7.079	8.408
9	200	1998	10.992	2030	5.512	8.408
10	Decr.	2016	14.822	2030	13.069	8.408
11	Decr.	2011	14.022	2030	10.280	8.408
12	Decr.	2010	13.775	2030	9.513	8.408

H12, cuya estructura obedece a una reducción progresiva en los ingresos, muestran con mayor claridad dicha tendencia. Una consecuencia suplementaria se refiere al retiro profesional: habrá un número cada vez mayor de jubilados, para el período de proyección, respecto de la población activa. Dicha consecuencia afectará los resultados y la situación financiera de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios, con repercusión incluso sobre los restantes profesionales universitarios.

CONCLUSIONES

El número de profesionales médicos en el Uruguay ha venido creciendo en forma progresiva desde la década de 1940, tendencia que se acelera a partir de la década de 1960. Ubicado su número a fines de 1985 en 8141 profesionales en condiciones de ejercer, para 1995 el país contará con 10 700 médicos, aun si la Facultad de Medicina cerrara sus puertas a partir de 1987. Si el país quisiera estabilizar el conjunto de médicos en la cantidad existente al 31 de diciembre de 1986 (8408 profesionales) dicho número solo se alcanzará en el año 2030 con un ingreso constante a partir de 1987 ubicado en 400 ingresos a la Facultad. Si el ingreso fuera de 300 alumnos, dicho objetivo se alcanzaría en el año 2023. Considerando 200 ingresos a partir de 1987, la cantidad de médicos existente en 1986 se alcanzaría nuevamente en el año 2018.

Entre otras consecuencias, se puede anticipar que el incremento en el número de profesionales en condiciones de ejercer planteará una división en la fuerza de trabajo entre aquellos médicos que ya se encuentran empleados, los que están subempleados y desempleados, y los que ingresan en el mercado en búsqueda de trabajo. El primer grupo tendrá tendencia a permanecer constante, mientras que el segundo irá ampliando su base a ritmo creciente. Dicha dicotomía planteará una distribución del ingreso crecientemente regresiva, y a favor de aquellos que ingresaron al mercado en años anteriores. A su vez, crecientemente se plantearán conflictos generacionales.

Uruguay ha estado transfiriendo a otros países capital humano de alta formación y costo a través de la emigración médica. En la medida en que las presiones por obtener empleo aumenten, sin obtener satisfacción correlativa, habrá una creciente tendencia hacia la emigración, con la consiguiente pérdida de capital social. A su vez, la mayor oferta de profesionales provocará una demanda de servicios médicos inducida por sobre la demanda real, con un fuerte sesgo hacia lo que ha sido llamado una "medicalización" de la sociedad. En contrapartida, el gasto en salud aumentará en términos reales.

La situación de la CJPPU se verá afectada por los cambios previsibles, y en la medida en que la masa de profesionales activos se reduzca

en términos relativos y absolutos, habrá crecientes dificultades para financiar las transferencias de seguridad social correspondientes.

Los problemas que este trabajo documenta y que inclusive serán de agravamiento progresivo, evidencian la necesidad de establecer una política de recursos humanos para el área y de desarrollar un modelo de demanda de necesidades en salud referido al personal requerido en el sector, en particular profesionales médicos.

BRASIL: A QUESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS NO DISTRITO SANITÁRIO

*Francisco Eduardo de Campos*¹

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A definição de um projeto para a reforma sanitária brasileira, avança por diferentes frentes, colocando em cena uma gama heterogênea de atores sociais, político-ideológicos e institucionais, relevando a necessidade de se adiantarem discussões acerca da conformação que os serviços de saúde deverão assumir. Isso terá que levar em conta os múltiplos aspectos envolvidos em sua organização. Noutras palavras, trata-se de adiantar a discussão da configuração e dos fluxos técnico-administrativos e operacionais básicos, concernentes aos modelos assistenciais aplicáveis à complexa realidade nacional, ou seja, configurados de acordo com as peculiaridades sócio-regionais do país.

Como é de conhecimento geral, vários fóruns vêm discutindo essa questão ao longo dos últimos anos. Assim, um projeto de democratização do setor saúde — concebido nos polos mais avançados do ambiente acadêmico e, concomitantemente, ensaiado em diversos projetos marginais/alternativos ao modelo hegemônico, desenvolvidos a partir de meados da década de 70 — acumulou legitimidade no decorrer dos anos, através de sucessivos eventos que culminaram com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em março de 1986, para emergir como projeto mais orgânico de reordenamento do setor saúde: o projeto da Reforma Sanitária.

Como desdobramento da VIII CNS houve uma série de eventos específicos, em questão saúde. A Comissão Nacional da Reforma Sa-

¹ Professor Adjunto, Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, DMPS, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

nitária (CNRS) buscou, mantendo a representatividade daquela Conferência, dar alguns passos concretos para o reordenamento setorial.

Mesmo não utilizando o termo "Distrito Sanitário", pelas diversas conotações que poderia implicar *a priori*, o documento final da CNRS utilizou a expressão "Módulos Administrativos Finais" como equivalente funcional e organizativo do mesmo. Buscou-se, desta forma, fugir das possíveis conotações distorcidas que o termo distrito sanitário poderia ter acumulado ao longo dos anos. No entanto, o termo distrito sanitário parece estar ganhando terreno no Brasil. Neste momento são muitas as unidades federadas que já avançam na definição de seus modelos assistenciais tendo como elementos celulares os distritos sanitários. Essa proposta organizacional se viu ainda mais reforçada com o programa de descentralização dos sistemas de saúde, levado a efeito após a institucionalização por decreto presidencial dos sistemas unificados e descentralizados de saúde (SUDS), que deu amparo legal e tornou ainda mais imperiosa a necessidade de uma ampla e urgente reorganização dos serviços públicos de saúde.

Além da preocupação nacional com esses conceitos, termos e definições, a questão tem se constituído em preocupação continental. O trabalho com os chamados sistemas locais de saúde (SILOS), na ordem do dia dos organismos internacionais de cooperação técnica para a área de saúde, revela inúmeros elementos de confluência com o conceito de distrito sanitário.

Uma primeira constatação genérica que se pode fazer é que esse movimento, por seu caráter eminentemente descentralizador, fará reverter (ou poderá fazer reverter) a maioria dos costumes correntes na área da saúde pública e da administração de saúde, tradicionalmente afeita à definição de macrossistemas.

O Distrito Sanitário, em sua configuração concreta, deverá ser o resultado final desse processo descentralizador, resultante dos processos políticos em uma sociedade complexa onde é difícil prever os eventos, mesmo em termos de um futuro próximo.

Assim é que o exercício da formulação *a priori*, desde o nível central do sistema de saúde ou do setor acadêmico, do que deva ser a configuração distrital, poderá correr o risco de se transformar em um exercício futuroológico sem qualquer aderência ao mundo real onde as determinações dos mesmos estarão se dando. Assim, o estudo de questões específicas para o distrito sanitário, como gestão financeira, dos insumos, dos fluxos de informação e dos recursos humanos, exigirá redobrada atenção. Em primeiro lugar é preciso resistir à tentação do uso de definições e generalizações normativas indiscriminadas e muitas vezes pouco adequadas.

Outra posição que também pecaria pelo radicalismo seria aquela que proporia, em nome de uma pretensa democratização, um

completo autonomismo dos distritos. Essa seria a postura que toma o geral como somatório de realidades particulares, como se não houvesse necessidade da ação de transformação do sistema de saúde nortear o Movimento da Reforma Sanitária em direção da unificação e integralidade. O equívoco seria propor-se a atomização destes grandes sistemas, fragmentando-os para se chegar à configuração desejada para o sistema de saúde. Haveria risco de se chegar a um resultado diferente daquilo que se pretendia inicialmente, dado que excepcionalmente haverá situações que exigirão intervenções na área de saúde que transcendam a órbita de um distrito ou mesmo de uma unidade federada.

A descentralização deve ser entendida como algo que traz elementos novos, distintos em qualidade do que costumava ser o sistema nacional de saúde. A simples perspectiva de maior controle social sobre os serviços implica, necessariamente, em uma nova configuração que será totalmente diferente do conjunto hoje existente. No caso de recursos humanos a questão se torna particularmente evidente, como se verá a seguir. Neste caso, cuidar do particular não é o mesmo que *dividir o geral*. Da mesma forma, o geral não é a simples soma dos elementos particulares. O que se torna crucial é a questão filosófica que corporifica o conflito entre a generalidade e a particularidade. Existem em cada uma das realidades locais-regionais elementos de determinação, uns dados pela situação nacional, e outros pelas situações das macrorregiões do país onde se localiza aquele distrito. Desta sorte os distritos deverão ter uma moldagem complexa, derivada dos distintos planos que os plasmam. É provável que o grau de autonomia de cada um dos distritos sanitários não lhes permita prescindir de elementos gerais normativos que viabilizem, por exemplo, os distintos fluxos interdistritos. Certamente não se poderá desprezar, por exemplo, a possibilidade da compra centralizada de insumos para os serviços de saúde por poder resultar em redução de custos. Da mesma forma haverá de se assegurar a possibilidade de movimentação de pessoal interdistritos com critérios regulares e uniformes. Como assegurar então algo que possa atender simultaneamente a necessidade do particular e do geral?

Apesar de não ser do escopo deste texto, torna-se necessária uma ligeira discussão preliminar acerca das características que os distritos sanitários precisam ter. Em primeiro lugar, parece não haver dúvida de que devam se organizar para levar a efeito os princípios consagrados como norteadores da reforma sanitária brasileira:

- Assegurar o atendimento universal a todos os cidadãos como responsabilidade estatal;
- Assegurar a equanimidade à população alvo;
- Assegurar a integralidade das ações de saúde.

Para atingir tais objetivos os distritos sanitários deverão se or-

ganizar tendo como principais critérios de definição os geográficos, os demográficos e os de nível de resolatividade para essa unidade celular do sistema de saúde, hierarquizando em suas bases geográficas os serviços públicos e aqueles subordinados à sua lógica, como os hospitais filantrópicos e hospitais privados contratados sob a norma do direito público. Se são essas, efetivamente, as variáveis que dão conformação aos distritos, está na resposta a cada uma delas a definição da problemática de recursos humanos aplicada ao recorte dos distritos. Se é para garantir a equanimidade, haverá de se organizar tendo como referência a população residente na área. Se é para ser integral não pode ter como agentes exclusivamente médicos e atendentes, como vem ocorrendo nos últimos anos.

CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS

Como observação inicial, pode-se afirmar que as discussões que se travam a respeito da reformulação setorial e dos recursos humanos no país oscilam entre uma variedade de hipóteses, umas radicais outras menos, que merecem ser expostas, apenas como exemplo didático, para que se possa buscar o que mais se acomode à realidade nacional. Em sucessivas reuniões da Comissão Nacional da Reforma Sanitária as discussões circularam algumas vezes sobre a conformação que a questão dos recursos humanos deveria assumir no distrito sanitário. Elas poderiam ser resumidas como segue.

De um lado se colocaram os defensores da tese centralizadora. Postulava-se que deveria haver um único plano de carreira para todos os servidores de saúde no país. Aí estariam definidos os mecanismos de provimento, de ascensão, de avaliação funcional, além de níveis salariais. O argumento utilizado foi a similitude, por exemplo, com vários planos de carreira do nível federal, como os militares, os funcionários do Banco do Brasil, os dos Correios, todos eles com mecanismos transparentes de provimento, ascensão funcional e remuneração. Porque não haver uma carreira de trabalhadores de saúde no país? Alguns dos defensores desta posição propugnavam, inclusive, que se devessem extinguir os diferenciais de remuneração entre as diferentes categorias profissionais, passando-se a trabalhar apenas com macroaglomerados por níveis de formação, diminuindo-se, inclusive os diferenciais interníveis. Na Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde essa tese foi examinada em alguns grupos, chegando-se a considerar vitoriosa aquela que estabelecia os pisos salariais de dois, quatro e seis salários mínimos do Departamento Inter-sindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE), respectivamente para os trabalhadores do nível elementar, médio e superior. As diferenças regionais seriam examinadas e incluídas no plano de carreira através de incentivos ao trabalho, em condições adversas, e outros meca-

nismos usualmente utilizados. Os argumentos a favor dessa tese são que se estará fortalecendo o setor saúde ao lhe reconhecer um status diferenciado dentro da administração pública. Outra face desse mesmo argumento, que sempre está subjacente à discussão, é que a unificação em uma única carreira deverá incentivar, também por via de consequência, o aparecimento e fortalecimento das reivindicações tipicamente corporativas dos trabalhadores de saúde. Não se trata de discutir aqui a justeza dessas reivindicações mas de avaliar, em tese, o efeito que poderá ter uma medida desta natureza.

No extremo oposto estavam aqueles que propunham completa descentralização da administração de recursos humanos para o nível de gestão do distrito sanitário, ou mesmo, mais radicalmente, para as próprias unidades de saúde componentes do distrito sanitário. O argumento principal que embasava esta concepção era que em cada uma das realidades particulares, múltipla e complexamente determinada, haverá que se cuidar da saúde e de seu provimento. Segundo os defensores desta tese haveria pouca adesão do ato normativo central sobre cada realidade em particular. Assim, de conformidade com o avanço do poder de pressão das categorias profissionais, da organização da população na reivindicação de assistência à sua saúde e a composição tecnológica do trabalho em saúde naquele contexto particular, a necessidade de recursos humanos se definiria dentro de uma estrutura extremamente flexível. Seriam completamente descentralizadas as decisões sobre a composição das equipes, em termos de categorias profissionais a serem incluídas e níveis de escolaridade, os mecanismos de provimento dos empregos definidos (concurso/tipo de clientela/eleição), bem como os salários a serem pagos, os mecanismos de progressão e avaliação profissionais, as necessidades de capacitação, etc. Em favor desta proposta argumentava-se que, embora ainda houvessem erros estes seriam mais facilmente corrigidos e que um constante processo de aprendizagem faria sempre a correção das distorções mais evidentes identificadas. O processo de recursos humanos ganharia, desta forma, substancialidade política, tornando-se ao lado de outros, um condutor da discussão política da questão saúde. Os que argumentavam contra esta tese expressavam sua dúvida sobre a factibilidade da proposta: Como se conceber uma estrutura distrital elaborando concursos, preparando folhas de pagamento, fazendo avaliações periódicas sem se transformar numa megaestrutura burocrática? Argumenta-se ainda que conquanto as necessidades de saúde sejam variáveis haverá sempre a possibilidade de encontrarem-se alguns elementos comuns que não se dispersarão tanto. Melhor dizendo, seriam maiores as similitudes que as diferenças o que não justificaria um processo tão grande de descentralização. Seria difícil conceber distritos sanitários que não contassem com uma equipe mínima de profissionais como médicos, enfermeiros, dentis-

tas, técnicos e auxiliares de enfermagem, por mais diversa que fosse a realidade geográfica, demográfica e política ao qual se reportassem.

Seria possível reunir as vantagens de uma e de outra proposta? Se possível, como conciliar as vantagens e não o contrário? O documento final da CNRS para os elementos constitutivos de uma nova lei para o Sistema Nacional de Saúde chega a avançar em alguns destes pontos. Acredita-se ser possível, sem abrir mão das evidentes vantagens de uma normatização centralizada, prosseguir e responder às diversidades regionais presentes no país. A proposta é que se definam alguns princípios gerais que norteiam a administração de recursos humanos, com suficiente flexibilidade para atender às particularidades regionais. Assim é, por exemplo, quando se define que o provimento deverá se dar através do concurso público. O que se quer dizer com esta assertiva é que se devem dar iguais oportunidades àqueles que possam pleitear o trabalho no setor saúde dando a oportunidade a que todos concorram. Seria talvez um contrasenso especificar na lei a modalidade do concurso. De resto, o concurso deverá ser diferente conforme o nível do cargo, conforme a realidade local e outros elementos. Da mesma forma, por exemplo, prescreve-se que os processos de contínua capacitação dos trabalhadores deva-se fazer com o aproveitamento do potencial já instalado pelo aparato escolar, particularmente no que diz respeito ao nível superior. Em algumas conjunturas este princípio será mais aplicável que em outras. Haverá mesmo realidades nas quais se tornará impossível a integração ensino/serviço, seja pelas complexas relações institucionais, seja pelo elitismo das universidades, seja pela ausência de práticas de capacitação por parte do setor público.

DIRETRIZES GENÉRICAS PARA OS RECURSOS HUMANOS-DISTRITOS SANITÁRIOS

Composição das equipes

Sem nenhuma dúvida será necessário repensar a composição das equipes de saúde hoje existentes. Como se sabe, existe uma bipolarização dos trabalhadores de saúde em dois extremos quais sejam: os médicos e os atendentes de enfermagem, respondendo por aproximadamente $\frac{1}{3}$ do conjunto dos trabalhadores de saúde de cada uma dessas categorias. Para o distrito sanitário ter uma atenção integral à saúde, tanto no que diz respeito aos aspectos intra-setoriais quanto aos extra-setoriais, é necessário que se incorporem os profissionais que respondem tecnicamente por essa integralidade. Assim a própria equipe de saúde deverá ser reforçada com novos profissionais da área biomédica como enfermeiros, dentistas, psicólogos, bioquímicos, nutricionistas, fisioterapeutas, além de técnicos

em cada uma destas áreas de conhecimento, de forma a responder ao conjunto das demandas apresentadas ao serviço. A própria categoria médica deverá ter sua composição repensada em termos da participação de especialistas em certos níveis dos distritos sanitários e de médicos generalistas, nos níveis mais periféricos do sistema.

Extra-setorialmente devem-se acrescentar as preocupações com os determinantes de saúde que não são intrínsecos aos processos biológicos, como a questão do saneamento, da poluição ambiental, do controle das condições de trabalho na área de abrangência do distrito — para o que será preciso contar com a participação de pessoal de engenharia ou de outros setores. Não significa isto que o distrito sanitário assumirá as funções de abastecimento de água ou de coleta dos dejetos, mas sim que, a nível do distrito, será necessária uma visão interdisciplinar que compreenda, de maneira totalizadora, os principais determinantes dos episódios relacionados ao processo saúde/enfermidade. Para que tal análise possa ser feita é necessário considerar a incorporação, nos distritos sanitários, de profissionais da área da saúde coletiva que deverão se encarregar da análise epidemiológica das condições de saúde da população adscrita, bem como das formas de intervenção do serviço para levar a efeito seu mister.

Uma questão que se deve levantar a este respeito é se a composição das equipes deva ser estandardizada ou se deverá se adaptar às peculiaridades geográficas, demográficas e sociais, entre outras. Acredita-se que, novamente aqui, há que se buscar uma solução intermediária. Alguns fatos são hoje evidentes: a bipolarização da equipe é indesejável em vista da integralidade requerida. Será praticamente universal, então, a incorporação de outros profissionais, tanto de nível superior quanto de nível médio, que respondam à proposta de integralidade. Em alguns locais entretanto, a composição deverá variar. Imagina-se, por exemplo, que regiões onde a desnutrição seja endêmica talvez necessitem mais do concurso de profissionais de nutrição, além de mais alimentos. Em regiões mais desenvolvidas poderão ser necessários distritos sanitários com maior número de clínicos (ou mesmo de gerontólogos) do que de pediatras. Algumas regiões do país poderiam ter atendimento de primeira linha por médicos generalistas, enquanto outras demandam pelo menos as especialidades básicas na porta de entrada.

Regime de trabalho

Toda a discussão a este respeito, em nível nacional, vem evoluindo para a crítica ao múltiplo emprego como um dos principais entraves a que se consiga maior desempenho quantiquantitativo dos serviços de saúde. Ainda que algumas categorias profissionais tenham a prerrogativa constitucional da acumulação de empregos públicos pode-se propor, em caráter voluntário, a adesão ao emprego único no setor público,

com dedicação completa ao distrito sanitário. Isso significa que nem sempre os profissionais de saúde deverão trabalhar apenas dentro de uma mesma unidade de saúde, o que poderia conduzir a um trabalho repetitivo, extenuante e alienado. A proposta é que haja conjugação de trabalhos, dentro de um mesmo distrito, entre as unidades vinculadas ao setor público ou mesmo aquelas filantrópicas participantes do sistema. Isso poderia levar a que se tornassem sempre mais presentes o interesse profissional pela clientela coberta pelo distrito sanitário. Assim, por exemplo, um médico que atendesse num determinado ambulatório deveria ter a oportunidade de acompanhar os clientes por ele referidos ao nível secundário de atenção, seja atuando parte de seu tempo num hospital, seja participando em freqüentes sessões clínicas com especialistas das policlínicas ou através de outros mecanismos que não cabe aqui detalhar. Para citar apenas a categoria médica, estima-se que a adesão de metade daqueles hoje empregados no setor público a proposta de emprego único poderia acompanhar-se de significativo aumento quantitativo e qualitativo dos padrões hoje levados a efeito.

Isonomia salarial

No desenvolvimento da reforma sanitária uma das questões que mais vem sendo discutida é, sem dúvida, a da isonomia salarial. Esta palavra faz hoje parte de praticamente todas as reivindicações das corporações profissionais que a vêm defendendo com a utilização de todos os instrumentos para sua defesa, inclusive um sem-número de movimentos paredistas ocorridos ao longo dos últimos anos.

A acepção que os movimentos corporativos vêm dando à palavra algumas vezes não equivale ao sentido etmológico do termo isonomia: “isos” = as mesmas, iguais e “nomos” = regras, leis, normas. A utilização vulgar do termo é com a significação de salários iguais para os trabalhadores, sem se preocupar com a contrapartida que esses benefícios pecuniários deverão ter. É exatamente por isso que se fala quase que exclusivamente em “isonomia salarial”. Sem dúvida alguma a isonomia, em seu sentido amplo, é medida de justiça imprescindível para o funcionamento de qualquer serviço de saúde. Não seria compreensível que profissionais de saúde trabalhassem assumindo as mesmas responsabilidades enquanto recebendo salários diferenciados.

Existe entretanto um risco na utilização vulgar, simplista e pouco criteriosa do conceito de isonomia. Promover simplesmente a equivalência salarial, com as distorcidas condições hoje imperantes no mercado de trabalho, significa inviabilizar as perspectivas de transformações efetivas no sistema da saúde. O que poderá ocorrer, neste caso, é que os segmentos profissionais que detêm historicamente maior poder político, como é o caso da categoria médica, serão os únicos beneficiados

com o incremento do financiamento setorial, sem melhorias concretas na efetividade dos serviços. No caso citado a situação é ainda mais complexa pelo risco do agravamento da heterogeneidade na distribuição dos rendimentos intracategoria. Os profissionais mais jovens, com grande disposição para o trabalho institucional, no momento desempregados ou subempregados no setor privado, não seriam beneficiários da isonomia salarial pretendida. Aqueles que detêm hoje múltiplos empregos passariam a gozar da múltipla isonomia que, uma vez estabelecida, seria de difícil reversão.

Sem dúvida alguma, na medida em que possa haver uma efetiva distritalização da saúde, os planos de carreira a serem instituídos deverão, necessariamente, dar tratamento isonômico aos trabalhadores de saúde. Dessa forma, os trabalhadores terão salários equivalentes à sua responsabilidade, ao mérito e ao compromisso que assumam. Aqueles que assumirem maiores responsabilidades deverão receber mais, trabalhar mais, ser mais capacitados, exercer suas funções em regiões mais distantes, tudo isso dentro de um plano de carreira que valorize o trabalho e o compromisso.

Desta sorte é imprescindível que se estude a concessão da isonomia, não como uma medida isolada, mas como algo conjugado com medidas mais corajosas para que se possa efetivamente chegar à raiz do problema resolvendo-o sem agravar ainda mais a situação caótica hoje encontrada. A convicção genérica é que se não for estabelecido o emprego único, ou a dedicação exclusiva, este problema dificilmente poderá ser equacionado.

Adscrição da clientela a profissionais ou a equipes

Existe hoje uma grande polêmica sobre se deveria haver, no Brasil, uma adscrição da clientela a profissionais ou equipes que se responsabilizassem por sua saúde. Para essa discussão é preciso conhecer fatos que lhe são anteriores, como o grau de especialização desejável para os médicos que servirão de porta de entrada dos distritos. Após muitos anos de alguns planejadores de saúde nacionais estarem colonizados pelo modelo inglês que consagra uma única porta de entrada, o "general practitioner" (clínico geral), responsável por determinado número de famílias, virou moda no Brasil a citação da recente experiência cubana de médicos de família, designando um médico para cada grupo de 60 famílias. É necessário reafirmar que se trata de contextos extremadamente diferenciados. A relação médico-habitante em Cuba é pelo menos três vezes maior que aquela encontrada no Brasil. Naquele país a universidade não é, como entre nós, uma estrutura acessível apenas a uma minoria, com extração de classe muito bem definida. Assim é que, no caso brasileiro, seria difícil implantar-se o modelo de responsabilização e ligação médicos/

grupos familiares. Uma proposta que poderia ser mais pertinente para o caso brasileiro, pelo menos nos distritos sanitários urbanos e metropolitanos, seria a manutenção da porta de entrada dividida apenas pelos grandes grupos etários e/ou de risco: atendimento de adultos, atendimento de crianças, atendimento a mulheres em idade fértil. Ademais poderiam se fazer algumas derivações para especialidades que não dependessem de triagem prévia, como odontologia e oftalmologia, por serem de fácil identificação.

No nível secundário de atenção do distrito sanitário imagina-se que existam estruturas de atendimento ambulatorial e outras de atendimento nosocomial. Os primeiros, estruturados em forma de policlínicas ou ambulatorios complexos deverão ter especialistas dedicados a diferentes setores da medicina e das demais profissões de saúde, variando conforme a composição da nosologia prevalente, ligados à porta de entrada através de mecanismos institucionais de referência e contra-referência. Deveriam estar aí presentes, à guisa de exemplo, as especialidades de medicina interna e de pediatria (escudados por exames subsidiários como análises clínicas mais complexas), bioquímica, clínica cirúrgica das várias especialidades presentes no distrito sanitário, especialidades odontológicas como endodontia, peridontia e prótese dentária, entre outras. No nível hospitalar deverão estar presentes, além das especialidades clínico-cirúrgicas, voltadas às necessidades nosológicas prevalentes das diferentes faixas etárias, as especialidades odontológicas, como a cirurgia buco-máxilo-facial.

Em relação ao que não é propriamente demanda espontânea, mas programas de saúde tradicionais, como a saúde escolar, há que pensar em como enquadrá-los no contexto do distrito sanitário. Se a população estivesse bem coberta pelas unidades de saúde com acesso universal haveria necessidade de manter esses programas? Em outras palavras, existe um grau de risco diferencial na idade escolar que justifique uma ação especificamente voltada para ela? No caso da resposta a este quesito ser positiva, parte da equipe de saúde deveria voltar sua atenção especificamente a este setor de risco ou a outros não tradicionalmente considerados mas que, a partir de agora, poderiam ser identificados como saúde ambiental. Em outras palavras, além de designar parte da equipe para o atendimento das necessidades espontaneamente identificadas, cumpriria igualmente ao distrito sanitário, buscar ativamente os fatores causadores dos processos mórbidos, atuando igualmente para sua prevenção.

Algumas das atividades próprias da área de recursos humanos dificilmente seriam realizadas a nível distrital. Assim, aspectos como a formulação de políticas gerais de recursos humanos, a definição de políticas educacionais das áreas profissionais relacionadas com a saúde, deverão ser definidas dentro de contextos mais latos que devem ser, necessariamente, aprovados pelo novo Ministério da Saúde, enquanto alguns

outros aspectos poderão ser determinados extra-setorialmente. Não há quem defenda que cada distrito formule sua política de recursos humanos e capacite seu próprio pessoal. Da mesma forma, no outro extremo, as atividades mais vinculadas à administração de recursos humanos serão, certamente, da alçada do distrito. É difícil assim, traçar o liame entre o que seja do nível distrital e o que deve ser centralizado. Para aclarar esses aspectos de maneira mais didática convém iniciar o estudo a partir de um modelo simplificado e enfrentar a complexidade da realidade nacional através de sucessivas aproximações.

Ainda assim, nesse “modelo simulado” vale lembrar que é difícil dar uma definição *a priori*, uma vez que a moldagem definitiva dos distritos sanitários deverá ir tomando forma à medida em que os mesmos forem se implantando. Alguns pontos básicos, entretanto, podem ser dados como invariáveis nessa definição. Propõe-se, pois, que se parta da construção de algumas questões axiais de recursos humanos em uma dessas conjunturas “simplificadas” para, a seguir, encontrado consenso nesta primeira etapa, poder pensar as situações consideradas “variantes”.

É de se considerar que a equação mais fácil de ser montada é a realidade de uma cidade com população situada entre 150 e 300 mil habitantes, razoavelmente distante de outros centros urbanos mais desenvolvidos, possuindo uma rede de serviços de saúde de razoável complexidade, com centros de saúde localizados nas suas diferentes regiões geográficas que tenham como retaguarda uma ou mais unidade ambulatorial especializada de referência, hospitais públicos e/ou filantrópicos conveniados, com resolutividade até o nível secundário. Em tal configuração admite-se que toda essa rede constituir-se-á em um único distrito sanitário, vinculado ao poder municipal, numa estrutura que tenha um comando único por parte da autoridade municipal de saúde, e um Conselho Municipal de Saúde onde esteja efetivamente representada a população municipal. Nesse caso, evidentemente, todas as funções de gestão distrital estariam a cargo da autoridade municipal de saúde que seria, ela própria, a gestora do distrito sanitário. Entre essas funções estaria a de gestão de recursos humanos, as incluindo desde atividades mais abrangentes, como o planejamento de recursos humanos para o contexto específico daquele distrito, até aquelas de administração de pessoal. As autoridades distritais, nesse caso, de posse dos dados epidemiológicos e sociológicos, elaborariam o planejamento de recursos humanos adequado à realidade local. Esse planejamento teria, como elementos, a definição da equipe de saúde visando atender a integralidade das ações, recrutamento e seleção dos quadros, enquadramento no plano de carreiras (de forma a garantir a equidade dos serviços), lotação dos profissionais às atividades e/ou unidades, tanto aquelas próprias do setor público quanto da colocação de profissionais em unidades filantrópicas, e a avaliação de desempenho das

funções atribuídas de forma a valorizar a competência, o mérito e a dedicação dos trabalhadores. No campo da formação, proveriam as atividades de capacitação interna do serviço e os processos de educação contínua dos profissionais, seja por sua própria iniciativa, seja utilizando o concurso de universidades e outras instituições, de forma a assegurar a manutenção dos níveis de qualidade.

A existência de um único plano municipal/distrital de carreira, ainda que orientado em princípios e diretrizes gerais, facilitaria sobremaneira a transição do sistema atual para o novo. Os profissionais hoje vinculados ao nível federal e estadual seriam transferidos, sem perda de seus direitos adquiridos, para a nova gestão recebendo, quando fosse o caso, complementações salariais que garantissem sua equiparação. Essa aparente facilidade se deve, primordialmente, à existência de uma única autoridade, vinculada a um único poder constituído, o que propicia, de maneira singular, a possibilidade de que o montante dos recursos disponíveis seja aquinhado a um Fundo Municipal de Saúde, manejado pela respectiva autoridade.

Seguindo em outra direção teríamos aquela situação das cidades que conteriam mais de um distrito sanitário. Ainda aqui a essência do distrito sanitário é eminentemente municipal. Neste caso haverá um nível de planejamento de recursos humanos que terá componentes distritais mas que, simultaneamente, não poderá deixar de ter elementos comuns ao conjunto dos distritos. A pergunta que resta é se valeria a pena duplicar toda uma estrutura de recrutamento e seleção, avaliação, enquadramento no plano de carreira, até o processamento de pagamento, etc. Isso, por um lado, burocratizaria a estrutura distrital que necessitaria de todo um aparato para fazer frente a esses encargos. Sem embargo, algumas funções de recursos humanos, mesmo neste caso, devem ser de atribuição distrital. A lotação de pessoal em unidades de saúde, programas de férias, avaliação de desempenho, entre outras, não podem sair da alçada distrital. O que se poderia propor, nesse caso, é o estabelecimento das funções de planejamento por um colegiado de gestores distritais, supervisionados pela autoridade municipal de saúde, com a descentralização para o distrito de algumas funções que ali devam ser realizadas.

No outro extremo está a situação das localidades que dificilmente poderiam se constituir num distrito com resolutividade até o nível secundário, como são as cidades de menor porte demográfico. Há que se responder algumas questões antes de penetrar na área de recursos humanos. Será que municípios diversos concordariam em constituir um gestor único para o distrito, manejando um único fundo distrital que seria constituído pela agregação de fundos de distintos municípios? Neste caso a solução a ser encontrada seria semelhante àquela proposta para cidades de tamanho médio. Esta talvez seja a mais difícil das situações a serem resolvidas, em vista das divergências políticas entre as municipalidades. De

qualquer forma, esse problema, ainda que de difícil equacionamento, talvez não seja o impecilho ao avanço do processo, uma vez que esses municípios poderiam, transitoriamente, ficar numa situação intermediária, talvez constituindo distritos que não tivessem, necessariamente, a resolutividade até o nível secundário, ou mesmo harmonizando, por um período de tempo, a gestão regional (de caráter estadual) com a municipal.

Resumindo, é mister considerar que algumas atividades típicas da área de recursos humanos deverão continuar sendo desenvolvidas nos níveis mais centralizados do sistemas de saúde, levando porém em conta o processo de distritalização sanitária em curso no país, como a elaboração da política de recursos humanos e a formação de nível superior. Outras serão sempre e necessariamente de caráter distrital, como a avaliação dos recursos humanos, a lotação em unidades de saúde, determinadas atividades de treinamento, além de alguns elementos de gerência. Certos elementos deverão se desenvolver em níveis intermediários, de acordo com a localização do distrito em relação ao município. Recrutamento, seleção, plano de carreira, são exemplos típicos. Poder-se-ia afirmar, mais uma vez, que não deverá existir um modelo único onde todos os distritos sanitários se encaixariam mas que devam existir delineamentos gerais que dêem ao conjunto dos distritos — não como uma postura normativa-autoritária, mas numa construção conjunta de duplo fluxo ascendente/descendente — a possibilidade de construir uma reforma sanitária, que tenha como perspectiva a democratização da saúde, e que resulte concretamente em algo sólido, duradouro e que responda efetivamente às necessidades de saúde da população brasileira.

AGRADECIMENTOS

O autor agradece aos Drs. Sábado Girardi, Eduardo Saltarelli, Soraia Belizário e Marília Coura por sua participação na discussão do texto deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

Brasil. Leis, decretos, etc. Decreto Nº 94 657. 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 13 de julho de 1987.

Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social. Exposição de Motivos Nº 31. Diário Oficial, Brasília, 10 de julho de 1987.

Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social.

- Exposição de motivos Nº 32. Brasília, 13 de julho de 1987.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Geral, Secretaria de Recursos Humanos. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Relatório final. Brasília, 1986.
- Brasil. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Proposta para o componente saúde da nova constituição brasileira. Documentos II. Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, 1987. pp. 7-12.
- Brasil. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Proposta de conteúdo para uma nova lei do sistema nacional de saúde. Documentos II. Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, 1987. pp. 13-26.
- Brasil. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Assessoria de Imprensa da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, Rio de Janeiro, 1986.
- Campos, F. E. e Oliveira Jr., M. Contribuição ao debate de uma política de recursos humanos para o setor de saúde no Brasil: a situação da categoria médica. *Cad Saude Publica* (Rio de Janeiro), 2(4):477-92, outubro/dezembro de 1986.
- Campos, F. E. *et al.* A questão dos recursos humanos e a reforma sanitária. In: Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Documentos III. Secretaria Técnica da Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, 1987. pp. 27-56.
- Nogueira, R. P. A força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária. In: Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, Brasília, 13-17 de outubro de 1986. Ministério da Saúde. Brasília, 1987. Documento mimeografado.
-

UNA PERSPECTIVA HISTORICA DEL HOSPITAL

María Gilma Arroyave L.¹ y Pablo Isaza N.²

INTRODUCCION

Cualquier reflexión prospectiva sobre los Hospitales en América Latina en el año 2000, debe tomar en consideración la historia del hospital en la cultura occidental, y en ella centrar la atención en los aspectos filosóficos, económicos, científicos y tecnológicos, así como en la respuesta social organizada que se ha dado al problema salud-enfermedad.

Aunque el hospital tiene su propia historia, ella necesariamente está articulada con la historia de la humanidad. El hospital no es privativo de alguna sociedad en particular; por el contrario, una de las expresiones más generalizadas de la naturaleza humana es la que corresponde a las diferentes respuestas sociales para atender la enfermedad; esta respuesta es histórica y tiene explicaciones culturales, políticas, económicas y científicas, entre otras.

Por la naturaleza del presente trabajo no es posible profundizar con amplitud sobre la historia de los inicios y desarrollo del hospital; sin embargo, creemos importante reiterar que para América Latina, los hospitales en el año 2000 no pueden ser considerados al margen del desarrollo cultural de toda la sociedad y, específicamente, de las sociedades más influyentes respecto a las conductas que han guiado las costumbres latinoamericanas.

La tradición hospitalaria, según Rodney M. Coe., “. . . es el reflejo de un aspecto más amplio de la cultura, tan antiguo como la raza humana: las formas que han adoptado los hombres para preservar su salud” (1).

¹ Profesora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de México.

² Representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en México.

Los cambios que ha tenido el hospital a través de la historia son explicados en gran parte por las necesidades sentidas de los hombres, por la forma como las han pensado y por la forma como han organizado socialmente la respuesta.

En la antigüedad, el hombre consideró sobrenatural el origen de la enfermedad, de ahí que la organización social desarrollara sus propias formas para responder a dicho problema desde perspectivas esencialmente religiosas.

Bajo el cristianismo, la atención a los enfermos se consideró como un medio que permitía a los hombres la salvación de sus almas; por esto, los hospitales fueron espacios para practicar la caridad, donde no solo se atendía a los enfermos sino también a todas las personas que demandaban alguna asistencia, especialmente a los pobres.

Los grandes cambios socioeconómicos que se produjeron en Europa y que tuvieron destacada expresión durante el Renacimiento, favorecieron “. . . un cambio en las motivaciones por las que se prestaban servicios en los hospitales y una revolución en las actitudes y creencias de los hombres con respecto a las enfermedades y la terapéutica . . .” (2).

Esos grandes cambios socioeconómicos permitieron a la ciencia superar el lugar que ocupaba la religión, lo que originó cambios en la forma de pensar y en el desarrollo del hospital. Se estudió no solo la estructura y funcionamiento del cuerpo, sino también su patología. Se redescubrió la enfermedad como un fenómeno natural. Se inició la experimentación y se insistió más en curar que en asistir a los enfermos. Finalmente, se confió la terapéutica a los médicos, lo que permitió la organización profesional de estos últimos.

La medicina moderna tiene sus orígenes en los últimos años del siglo XVIII, época en la que se produjo, según Foucault: “. . . una mutación esencial en el saber médico” (3). Si se tiene presente la gran influencia que ha ejercido la ciencia en los cambios dados en el hospital, es posible afirmar que la institución que ha llegado hasta nosotros tiene sólidas bases también en lo que a la ciencia se refiere en el proceso del conocimiento médico que se conformó a finales del siglo XVIII en el mundo occidental.

Este proceso del conocimiento médico continúa profundizándose para bien de la humanidad. Al enfrentar los retos históricos del presente, caracterizado por profundos cambios económicos, sociales y científicos, se está redescubriendo la enfermedad como fenómeno de explicación natural-social que implica necesariamente cambios en la práctica médica y, de manera particular, en los hospitales.

Considerando los límites explicables de este trabajo, iniciamos las reflexiones sobre el tema que nos ocupa haciendo un poco de historia.

ALGUNAS ANOTACIONES HISTORICAS

Los hospitales en la antigüedad

En sus orígenes, el hospital fue un lugar para atender enfermos, inválidos, heridos, ancianos, niños, personas extranjeras, etcétera. El término griego *xenodochion* designaba al edificio destinado a acoger a los extranjeros, que era el mismo lugar en donde se atendía a los enfermos, niños y ancianos. Los romanos utilizaban la expresión *valetudinarium* para referirse a los establecimientos destinados al cuidado de los inválidos y enfermos.

Las palabras hospital, hotel, huésped, hospedería, hostería y hospicio provienen todas ellas de una raíz común: la palabra latina "hospes", huésped, en su doble aceptación de comensal y hospedero (4).

Antes del cristianismo existían hospitales en diferentes lugares de la tierra. Esculapio fundó al arte curativo del sacerdocio, arte que llegó a Grecia y también a Roma en el siglo III antes de nuestra era. Bajo dicho sacerdocio se fundaron unos doscientos templos en donde se atendían enfermedades físicas y mentales.

Con el advenimiento del cristianismo, Constantino suprimió todas las instituciones paganas del Imperio Romano, correspondiendo entonces a la Iglesia el cuidado de los enfermos. Se destaca aquí, la función desempeñada por esta en el interior de los hospitales en la cultura occidental, así como también la utilización que hizo de estos, como medio para asistir cuerpos y contribuir a salvar almas.

Estos breves elementos permiten pensar que detrás de los hospitales existe una larga historia, que necesariamente ha debido corresponder a los cambios y transformaciones que se han presentado a través de los tiempos, motivados esencialmente por el desarrollo económico y social de la humanidad.

Los hospitales en la Edad Media

En la Edad Media los hospitales tuvieron una organización monástica y fueron construidos siguiendo la arquitectura de las iglesias, y casi siempre formando parte de estas. En la Europa del Medioevo había aproximadamente 19 000 hospitales, hospicios y leproserías, que eran en su mayor parte establecimientos religiosos más que médicos y se ocupaban más de aliviar que de curar.

En Inglaterra, como resultado del martirio de Santo Tomás de Canterbury (1170), se inició la construcción de hospitales para atender a los peregrinos que veneraban el santuario del mártir.

Lo anterior permite observar una vez más la trascendencia de la función de la Iglesia por medio de los hospitales y permite observar

cómo estos han estado inmersos en las condiciones económicas, filosóficas y políticas de su época.

El actual Hôtel-Dieu de Francia se empezó a construir en 1165 y se terminó completamente en el año 1250. Desde principios del siglo XIII, se fundaron hospitales no monásticos destinados a tratar enfermos, entre los cuales se destacaron: el Hospital Tonnerre en Francia, fundado por Margarita de Borgoña en 1308, y el Hospital de Beure, fundado por Nicolás Rolin en 1443.

Los hospitales en el Renacimiento

Los enormes cambios sociales y económicos que se produjeron en la época del Renacimiento determinaron nuevas concepciones sociológicas que llevaron incluso a pensar en una nueva forma de entender el poder estatal, el cual se empezó a concebir con total independencia de la "Divinidad" y de la autoridad de la Iglesia.

Este hecho revoluciona por completo las concepciones imperantes, planteándose así una confrontación constante entre la filosofía y la concepción materialista del mundo.

Con el avance de los cambios socioeconómicos logrados fundamentalmente por el desarrollo del comercio, se expresan nuevas ideas, las cuales se centran básicamente en principios antiescolásticos; por tal razón, la filosofía más avanzada de la época renacentista se fundamenta en doctrinas que se preocupan por explicar los éxitos de la nueva ciencia con base en elaboraciones teóricas más terrenales.

Lo anterior permite generalizar una nueva forma de abordar los problemas científicos, desligando las explicaciones teóricas de concepciones "divinas". Los siguientes hechos ilustran al respecto:

- El desarrollo de métodos de investigación matemático-experimental de la naturaleza.
- La interpretación determinista de la realidad en oposición a la interpretación teleológica escolástica.
- La formulación de leyes auténticamente científicas de la naturaleza, libres de elementos antropomórficos.

Con relación al hospital, en Inglaterra se desarrolló "un sentimiento de ciudadanía", que tomó forma en la Ley de Pobres de 1601. De acuerdo con estas ideas, la gente de Londres debería actuar conjuntamente para cuidar a los enfermos.

Al respecto dice Rodney M. Coe: "El servicio-en-nombre-de-la-salvación que había caracterizado al hospital medieval se transformó en un deber de asistencia, aceptado de mala gana por el Estado y por la comunidad. Todas las connotaciones negativas de la casa de caridad y de

la *Poor Law* se aplicaron al hospital, que pasó a depender para su existencia de un impuesto especial y de la incertidumbre de las colaboraciones voluntarias” (5).

Bajo tales condiciones se reabrieron varios hospitales en Inglaterra. Los pobres que estaban sanos fueron obligados a trabajar. Algunos pacientes empezaron a pagar la atención recibida en el hospital, pues ya no se trataba de un servicio de caridad cristiana. Solo se aceptaban enfermos a los cuales se les pudiera ayudar con relación a su padecimiento; a los demás se les enviaba a instituciones de otro tipo.

La responsabilidad de la asistencia por parte del Estado, el pago por parte de los pacientes y la atención hospitalaria exclusiva a los enfermos curables son características del hospital moderno, el cual se desarrolla a partir de los siglos XVIII y XIX.

El hospital moderno

En medio de los cambios e innovaciones que se produjeron en la agricultura, los transportes, la industria, el comercio y las finanzas a finales del siglo XVII en Europa, nace la medicina moderna, que tiene sus orígenes en la Revolución Industrial. Durante esta época los cambios no fueron solo industriales sino también sociales e intelectuales.

La discusión científica de esta época se circunscribe bajo criterios científico-naturales, elemento central que favoreció el desarrollo de la producción durante la Revolución Industrial. Las características más destacadas de la ciencia que se desarrolla y consolida en esta época y a la que está completamente articulada la ciencia médica son:

- Negación de la filosofía en calidad de concepción del mundo.
- Rechazo de los problemas no sujetos a comprobación experimental.
- Creación de una metodología que está por encima del idealismo y el materialismo. (Uno de los principios fundamentales de esta metodología es el fenomenalismo).
- Declaración que uno de los objetivos de la ciencia es la descripción pura de los hechos dados por las sensaciones.

Lo anterior nos permite entender por qué el conocimiento médico que se instaura desde finales del siglo XVIII, prioriza la descripción de los padecimientos y su clasificación a partir de los fenómenos que los médicos registran en un momento dado. Así, las semejanzas entre las enfermedades son definidas con base en los síntomas y estas semejanzas definen las esencias.

Al respecto dice Foucault: “. . . la medicina del siglo XVIII nunca supo si se dirigía a una serie de hechos, cuyas leyes de aparición y

de convergencia debían estar determinadas por el estudio de las repeticiones, o si se dirigía a un conjunto de síntomas y de manifestaciones cuya coherencia debía buscarse en una estructura natural. Dudó sin cesar entre una patología de los fenómenos y una patología de los casos” (6).

En resumen, la ciencia médica del siglo XVIII no permitió a los médicos enfrentar sus problemas desde una conceptualización total del sujeto enfermo. Solo les permitió observar síntomas y algunas enfermedades desde el punto de vista biológico.

En el siglo XIX, con los avances y aportes de la química, se empieza a hacer necesario y posible llegar a conocer de manera más específica los objetos, superando por este medio la simple descripción y clasificación.

La química permite definir la composición de los cuerpos, establecer puntos comunes entre ellos, fijar semejanzas y diferencias a partir de componentes de los objetos. La química establece por tanto un modo de clasificar basado en formas de relaciones.

El hospital que ha llegado hasta nuestros días se caracteriza porque en su conformación subyace una distribución, clasificación, jerarquización y delimitación, circunscritas a determinado ordenamiento de las regiones anatómicas y a su fisiología. Es una expresión de la medicina clasificatoria que se consolidó en los siglos XVIII y XIX; forma de medicina que ha determinado la teoría y práctica médicas hospitalarias.

Debido a los cambios sociales que trajo consigo la Revolución Industrial, se hizo necesario transformar y proyectar el hospital en concordancia con las exigencias de la tecnificación de la vida social en gran escala. Con esto quedaron atrás las proyecciones del hospital para salvar almas, como sucedió en el Medioevo, y la atención a la gran cantidad de población que requería no solo de asistencia pública, sino también hospitalaria, como se hizo en el Renacimiento y hasta poco después de la Revolución Francesa.

Todos estos aspectos del proceso de desarrollo del hospital, conformados en Europa, son los que han determinado el hospital del continente americano que ha llegado hasta nuestros días.

Por las características particulares que presenta el hospital de los Estados Unidos de América en los últimos años y por la gran influencia que ha venido ejerciendo sobre el hospital de América Latina, pasaremos a referirnos a él brevemente.

El hospital en los Estados Unidos de América

Los hospitales de los Estados Unidos presentan grandes similitudes con los hospitales de Europa, pero sus etapas fueron más cortas.

Los cambios sociales, económicos, científicos y tecnológicos

que se produjeron en esta sociedad tuvieron sus efectos en el hospital, entre los que se destacan: "1) expansión del tamaño y equipo de los hospitales; 2) el aumento y la alteración de la estructura social de estos, y 3) un cambio en los objetivos del hospital" (7).

En los Estados Unidos, el desarrollo de la tecnología aplicada en los hospitales se orientó hacia la producción de una infinita variedad de instrumentos, situación que condicionó en gran medida la aparición de una práctica hospitalaria basada en la demanda de aparatos especializados, muchos de los cuales requerían de tecnologías altamente sofisticadas que obligaron a la construcción de complicadas estructuras hospitalarias, razón por la cual se lograron cambios radicales respecto a la concepción hospitalaria del pasado. Por los elevados costos de la infraestructura utilizada, en los Estados Unidos el hospital dejó de ser una institución receptora de personas pobres.

Aunado al problema de los altos costos, en los Estados Unidos se tiene hoy un perfil epidemiológico en donde las enfermedades crónicas ocupan el lugar más destacado. En vista de que la ciencia médica que se ha consolidado hasta hoy no puede ofrecer en los hospitales tratamientos eficaces para las enfermedades crónicas, ya es un hecho la existencia de otro tipo de instituciones en donde son atendidos estos pacientes.

Aquí lo que interesa reiterar es que a pesar de la tecnificación y especialización del hospital moderno, o quizá por lo mismo, este se aleja más de las posibilidades de la población debido a los altos costos; así como también por la falta de eficacia frente a los padecimientos crónicos que constituyen la primera prioridad en sociedades desarrolladas, como la norteamericana.

El hospital en América Latina

Con respecto al surgimiento del hospital en América Latina, se hace obvia la influencia de la concepción europea en la fundación, organización y funcionamiento de los hospitales. Conviene tener en cuenta que la institución hospitalaria que llegó de Europa a América Latina, fue una institución en permanente transformación. En Europa los cambios presentados en el hospital han sido el resultado de las transformaciones generales de la sociedad. En América Latina, las características más esenciales de los cambios hospitalarios son expresión de la influencia de los países que la colonizaron, aunque en parte se han debido a transformaciones de la sociedad.

En la actualidad, América Latina se encuentra bajo la dependencia de los países desarrollados y de manera muy destacada de los Estados Unidos de América. Bajo el dominio de dicho país, América Latina ha

sido penetrada e influenciada en todos los aspectos económicos y sociales. El hospital no ha quedado fuera de estas condiciones de dependencia; por el contrario, hoy se observa en América Latina la incorporación de muchas de las características del hospital de los Estados Unidos.

A pesar de la gran influencia europea y norteamericana, la sociedad latinoamericana se hace cada vez más diferente de las sociedades desarrolladas y la distancia entre estas y las sociedades en desarrollo se acrecenta. Esta realidad obliga a los latinoamericanos a conformar, entre otras, una institución hospitalaria coherente con las condiciones dadas en América Latina.

PERSPECTIVA DE LOS HOSPITALES EN AMERICA LATINA

De frente al futuro, con una nueva filosofía, con otras decisiones políticas, con significativos aportes de la ciencia y la tecnología, y en medio de las actuales transformaciones económicas y sociales, nos consideramos partícipes de la generación que ya inició la construcción del hospital del porvenir.

Afirmamos lo anterior porque:

A. Ante el redescubrimiento de la salud-enfermedad como un problema de naturaleza biológico-social, se posibilita una comprensión más amplia de los perfiles epidemiológicos.

Es conocido que, en las sociedades desarrolladas de hoy, los padecimientos crónicos conforman el problema prioritario de salud. En dichas sociedades el triunfo sobre los padecimientos que continúan hoy afectando a las otras sociedades, se logró mediante el mejoramiento de las condiciones de vida (ingreso, organización de la producción, alimentación, vivienda, vestido, educación y recreación, entre otros), así como también por la organización y funcionamiento de servicios de salud adecuados a las características del desarrollo dado en la sociedad.

Por el contrario, en las sociedades en desarrollo los problemas más prioritarios continúan siendo las enfermedades transmisibles, parasitarias e infecciosas; el embarazo, el parto y complicaciones pre y perinatales, y los accidentes. En los últimos años el problema se presenta aún más complejo dada la presencia de los padecimientos crónicos y degenerativos.

Bajo estas condiciones, el reto que se plantea para América Latina es la búsqueda de alternativas propias a sus problemas de salud, en vista de que los modelos de servicios de salud, y en particular los hospitales

de las sociedades desarrolladas, dadas sus características responden cada vez menos a las demandas de salud de las sociedades en desarrollo.

B. Se ha planteado la interrelación existente entre economía y salud; por esto consideramos que los servicios de salud, y en particular los hospitales, requieren ser pensados en el contexto de los cambios económicos y sociales.

Sabemos que las transformaciones económicas actuales se caracterizan por el empleo intensivo de tecnología, razón por la cual un número considerable de personas en edad económicamente activa no encontrará empleo. Esto se viene expresando en índices crecientes de desempleo y subempleo, con sus consecuencias de falta de ingreso y por consiguiente de alimento, vestido, vivienda, educación y recreación. Estas carencias se expresan en enfermedades y demanda de atención.

No sobra reiterar que en América Latina crecerá el número de personas pobres y se profundizarán además los niveles de pobreza. Frente a esta perspectiva, no resulta novedoso afirmar que el perfil epidemiológico obliga a replantear el trabajo en salud y en particular la función de los hospitales; proceso en el que ya estamos inmersos.

C. La aplicación de los aportes de la ciencia y la tecnología en el campo de la salud, y de los hospitales en particular, presenta resultados que permiten pensar en las ventajas de continuar este proceso científico.

La ciencia y la tecnología en salud han permitido en muchos casos una mayor eficacia en el tratamiento de las enfermedades; una disminución del sufrimiento de los pacientes; han ofrecido procedimientos y medios que disminuyen los tiempos de tratamiento y rehabilitación, y también mayor aprovechamiento del espacio hospitalario.

Sin embargo, la respuesta al perfil epidemiológico de América Latina, precisa de pocos hallazgos científicos desde la perspectiva de la investigación que tradicionalmente se venía realizando en salud. La explicación del problema salud-enfermedad desde una concepción totalizadora, permite al proceso científico en salud un campo de acción más amplio.

Lo anterior ya se está manifestando en el ambiente hospitalario de nuestros días, en donde ya participan, entre otros, investigadores de diferentes disciplinas.

D. Finalmente, en la medida que la estrategia de atención primaria desarrolle y consolide los programas correspondientes, los hospitales definirán sus funciones específicas y su trabajo central en relación con dicha estrategia.

El hospital se transformará como resultado de los acontecimientos económicos y sociales dados en su contexto, y en este proceso de transformación ya estamos involucrados.

REFERENCIAS

- 1 Coe, R. M. *Sociología de la medicina* (traducción del inglés por L. García Balles-ter y R. M. Martínez Silvestre), 2a. ed., Alianza Universidad, Madrid, 1979, p. 272.
 - 2 *Ibid.*, p. 275.
 - 3 Foucault, M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* (traducción del francés por F. Perujo), 8a. ed., Siglo XXI, México, 1981, p. 13.
 - 4 Organización Mundial de la Salud. *Función de los hospitales en los programas de protección de la salud*. Serie de Informes Técnicos 122, Ginebra, 1957.
 - 5 Coe, Op. cit., p. 276.
 - 6 Foucault, Op. cit. p. 150.
 - 7 Rosen, G. *De la policía médica a la medicina social* (traducción del inglés por H. Sotomayor Salas), Siglo XXI, México, 1985, p. 258.
-

HOMENAJE POSTUMO A AMADOR NEGhme¹

*Abraham Horwitz*²

Rendirle homenaje a un hombre superior como fue Amador Neghme y hacerlo bajo el palio de la Academia Nacional de Medicina es una distinción que reconozco y agradezco. Por haber sido una personalidad muy singular, su ciclo vital puede analizarse desde ángulos muy diversos. Todos ellos reflejan una vida con características extraordinarias de inteligencia, rectitud, honestidad intelectual y dedicación, que lo llevaron a los más altos sitios a que puede aspirar un médico en el país: el Decanato de la Facultad de Medicina, la Presidencia de la Academia Nacional de Medicina y del Instituto de Chile. Sus pares lo identificaron como el mejor para servir la causa y los objetivos de dichas instituciones, lo que hizo con gran eficiencia. No buscó la gloria ni el poder porque eran completamente ajenos a su modo de ser y de sentir, dada su modestia genuina. Solamente empleó dichas posiciones para difundir conceptos, principios y métodos, así como análisis críticos de la situación de la educación médica y del estado de salud de los habitantes de Chile y de las Américas. Lo hizo siempre con dignidad, altura de miras y con la convicción que deriva de un profundo conocimiento científico y la seguridad de contribuir a un propósito superior de bien común. Destacó el contenido ético de problemas y actitudes que es de tanta importancia para el ejercicio de nuestra profesión. Le preocupó únicamente la esencia de los problemas y no la política de los mismos. Esta última vicia las mejores intenciones, defiende malas causas y conduce a peores resultados. En este dilema Neghme fue incorruptible, un faro de honorabilidad que guió la inteligencia y la conducta de muchos.

Amador Neghme nació en Huara-Huara en la provincia de Iquique en 1912. Conocí el lugar en plena pampa salitrera en 1946, con motivo de una de las últimas epidemias de viruela en Chile. Comprendí

¹ Presentación en la Academia Nacional de Medicina, Santiago, Chile, 24 de mayo de 1988.

² Director Emérito, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

entonces por qué el ambiente de aislamiento deprime a tantos pero apasiona a otros. Estos últimos, habitualmente los mineros, regresan si se vieron forzados a alejarse. No es difícil imaginar lo que era dicho pueblo en 1912 en circunstancias en que Chile tenía 3 421 000 habitantes, con altísimas tasas de mortalidad general y específica y pobreza difundida. Hijo de inmigrante —lo que agrega a las tensiones y agresiones del ambiente hoy como ayer— alcanzó en su vida en dos generaciones las posiciones mencionadas gracias a su alcurnia intelectual y moral. Esta extraordinaria trayectoria habla de sus condiciones innatas, del propósito decidido de sus padres que reconocieron temprano el riquísimo potencial de su hijo y le dieron las oportunidades para que lo desarrollara hasta el momento en que pudo responder a sus propias iniciativas, crecer en conciencia y realizarse.

Los éxitos de Neghme que hoy celebramos se deben también a la familia que formó y a la cual sirvió de ejemplo imperecedero. Una esposa comprensiva que supo hacer del amor el soporte principal del núcleo familiar, veló por el crecimiento de sus seis hijos hasta que su formación profesional les permitió construir sus propias vidas, apoyó constantemente a su esposo sabiendo que su dedicación sin renunciadas a la ciencia y a la enseñanza no trae riquezas sino solo grandes satisfacciones espirituales. Amador Neghme les ha dejado a todos ellos el mejor legado moral al que pudieron aspirar, el hecho que proceder con honestidad, dedicación y sobriedad sin esperar recompensas o reconocimientos, sirviendo causas nobles en beneficio de los seres humanos, representa un ideario que justifica con mucho la existencia de cada cual y responde a valores inmutables de nuestra especie.

Lo que Neghme logró realizar en su fructífera carrera revela también características de nuestro país. Reconoció su inteligencia preclara, sus sólidos conocimientos, su consabida sabiduría, su culto por el trabajo, su dedicación a servir a los más necesitados y le abrió las puertas y le ofreció las oportunidades que hicieron de él una personalidad excepcional. Se hizo así caso omiso de que no nació en cuna de oro, el hecho de ser primera generación de inmigrantes, de su desinterés manifiesto por la llamada vida social, su propósito decidido de evitar cenáculos donde el discurso es vacío y el oropel excesivo, su preferencia por el intercambio de ideas que ensalzan las ciencias y las artes al servicio de la humanidad. Es más, las instituciones que presidió lo eligieron y reeligieron precisamente por la seriedad de su cometido, su desprecio por los intereses creados y su entereza para defender sus convicciones ante los poderosos y convencerlos por el significado intelectual y ético de su mensaje. La comunidad científica y cultural de Chile lo distinguió porque reconoció la calidad de sus valores espirituales.

No es de extrañar la fidelidad de sus numerosos amigos distribuidos en Chile y en las Américas y otros países del mundo con los cuales

mantuvo un diálogo activo, de presencia o epistolar, sobre temas variados que reflejaban su curiosidad intelectual inagotable. Entre ellos me cuento y me honro.

Pienso que Neghme practicó en su vida, como doctrina filosófica, los principios del humanismo, el cual:

“Con su fe esencial en la condición humana, cree que poseemos el poder o la capacidad de resolver nuestros propios problemas, en primer lugar por la razón, el método científico y la democracia. Al tomar decisiones ejercemos la libertad de selección, si bien condicionada por la herencia, la educación, y la circunstancia de la economía”. . . . “El individuo alcanza una buena vida por la combinación armoniosa de las satisfacciones personales y el auto-desarrollo continuo por el trabajo de significado y otras actividades que contribuyen al bienestar de la comunidad, el estado, el país y el mundo en general. El trabajo útil por lo común aumenta la felicidad” (1).

Mejor oigámoslo a él. En un Mensaje Final sobre Humanismo en Medicina decía:

“A la Universidad, los estudiantes no sólo vienen a adquirir conocimientos y al término de la carrera recibir un diploma; vienen a ella fundamentalmente, para buscar una imagen del hombre y del mundo, para encontrar y ejercer una manera de vivir, un modo de pensar y de sentir, una conducta regulada por los valores éticos y estéticos”. . . . “Y a él se llega por el camino del espíritu y del humanismo que, como lo definió Heidegger, es la preocupación por el ser del hombre, por todo lo más esencial que éste tiene en su intimidad individual y social” (2).

Estoy convencido que estos principios guiaron la vida de Amador Neghme como científico, como educador y como pensador.

Inspirado por el Profesor Juan Noé —ese Maestro de todos los de mi generación que se adelantó tanto a su época al destacar la importancia de las ciencias básicas— Neghme se dedicó a la parasitología. La comprendió no solamente como una ciencia biológica fundamental, sino como una disciplina clínica y una ciencia social. Hoy, este concepto parece obvio pero no lo era así hace 50 años cuando se graduó. Dominaba una tendencia a la disociación entre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades microbianas, incluidas las parasitarias y su prevención y control, en buena medida producto de la formación de los médicos y otros profesionales de la salud y la poca importancia que se le asignaba a la investigación. Estas eran, en nuestro país como en los otros de las Américas, expresiones del subdesarrollo económico agravado por la depresión de la década de 1930 que nos afectó muy profundamente. No obstante, ya se advertía en Chile un interés por elevar el nivel de la enseñanza como lo atestiguan la presencia del Dr. Noé y los viajes de estudio a Europa, desde alrededor de 1875, de una pléyade de las figuras más distinguidas de nuestra Facultad.

Fue este el comienzo de un proceso que se intensificó después

de la Segunda Guerra Mundial por el predominio del pensamiento anglosajón en medicina y en biología que introdujo el método científico en la investigación y el concepto de medición, vale decir de evaluación de resultados experimentales y clínicos, así como de políticas y programas de salud.

Este período crucial en la vida de Amador Neghme lo describe muy bien el Profesor Jorge Mardones:

“Formado al lado del Profesor Juan Noé, el doctor Amador Neghme conoció de primera mano la ciencia europea: su espíritu, sus objetivos, sus métodos y su ética. Las experiencias vividas en su convivencia con el maestro quedaron fijadas en su mente en forma indeleble. Muy joven, comprendió así la necesidad de desarrollar el cultivo de las ciencias en el seno de nuestra Universidad. En la hora de elegir la línea científica que le gustaría cultivar, decidió dedicarse a la parasitología que era precisamente la rama de las ciencias biológicas que Noé cultivaba de preferencia. Aprendió entonces que un parasitólogo debe ser naturalista, patólogo y experto en salud pública y se preocupó de adquirir una sólida formación en estos tres aspectos hasta alcanzar un elevado nivel de excelencia” (3).

Neghme predicó y practicó la medicina social en el campo de su especialidad desde muy temprano en sus actividades docentes. Sus colaboradores y sus alumnos se compenetraron de esa visión integral de las enfermedades transmisibles porque las analizaron en el terreno —un hecho inusitado en la época— y sus agentes en el laboratorio. Pudieron observar así cómo los seres humanos responden en forma diversa, lo que se refleja tanto en las manifestaciones clínicas como en las reacciones inmunitarias ante las agresiones de un mismo parásito. Dentro de los conocimientos disponibles demostró cuán absurdo era el cisma entre la medicina preventiva y curativa —si no se consideran los intereses creados— porque en la naturaleza no existe demarcación entre salud y enfermedad, como tampoco entre luz y sombra. No se justificaban, por lo tanto, instituciones separadas de “sanidad” y de “beneficencia”, cuyas acciones se desarrollaban de manera disociada con inproductividad relativa de ambas y costos mayores que los necesarios para alcanzar mayor eficiencia.

Lo racional era determinar la complementaridad de las funciones para cada problema y proceder en consecuencia. En esta concepción integral de la salud, que es ecológica, se adelantó con mucho al pensamiento dominante en la enseñanza y en las instituciones responsables por la salud de los habitantes. Contribuyó a enriquecer el conocimiento sobre enfermedades parasitarias con sus investigaciones, tanto originales como de aplicación de experiencias validadas a la realidad y características de los problemas en el país.

La erradicación del paludismo en Chile, encastillado en la zona norte, es la obra magna de los Dres. Noé, Neghme y una pléyade de colaboradores. Refleja ella los conceptos fundamentales sobre la dinámica

de las enfermedades transmisibles. El paludismo es particularmente complejo porque tres organismos vivos —el parásito, el anopheles y los seres humanos— cada uno con su propio curso de acción, conspiran para producir accesos febriles sucesivos agudos y debilitantes con altas cifras de mortalidad, sobre todo en los niños, e improductividad en los campos. Su antagonismo no es suficiente para crear una inmunidad sólida, y por ello las investigaciones intensas en la actualidad, en busca de una vacuna con base a antígenos de superficie y otros del *Plasmodium falciparum*.

Noé, en la primera etapa del año 1925, poco conocida y en elaboración bibliográfica, y Neghme como su prominente colaborador en la segunda de 1935, lograron la eliminación total de la enfermedad y, por períodos del vector, por medio de medidas de pequeño saneamiento —la supresión de criaderos de los Anopheles pseudopunctipennis— diagnóstico y tratamiento oportuno de los enfermos en campañas con sales de quinina interruptoras del ciclo ya descrito. Una labor ímproba en la que el Profesor Noé sirvió de ejemplo con dedicación sin límites —un verdadero sacrificio por una causa noble— de resolución contra las inclemencias del tiempo y de la geografía, dado lo inhóspito de la región, de comprensión humana para concitar la cooperación de los habitantes cuyas interpretaciones sobre el origen de la malaria de hondas raíces culturales interfería con la aplicación del conocimiento científico. Esta conducta sirvió de inspiración a sus discípulos que querían emularlo, muy en especial Neghme. Noé aplicó los principios del método experimental a la solución de un problema social complejo.

Este proceso se mantuvo durante siete años de esfuerzos enormes porque la metodología tradicional requería una labor detallada de control de las operaciones. Emplearon con este fin registros sencillos con análisis oportunos de los datos para generar la información que sustenta las decisiones y las acciones.

Crearon, en suma, un sistema eficiente de vigilancia del paludismo —un verdadero modelo aplicable a otros programas de salud. Y lo desarrollaron sin computadoras y sin complejos análisis estadísticos. Recurrieron a un cuerpo de gran prestigio en el país, los carabineros de Chile, para supervisar las actividades del programa en las comunidades afectadas. Todo ello precedió con mucho a la atención primaria de la salud y la participación comunitaria. Se explica solamente por esa visión integral del medio social y sus recursos y la necesidad de organizarlos para alcanzar objetivos específicos.

Quiero destacar como hecho histórico que fue Amador Neghme el que se informó por primera vez sobre el descubrimiento del DDT y su empleo en el combate del tifus exantemático en Nápoles. Esto ocurrió mientras hacía sus estudios de posgrado en la Universidad de Tulane en los Estados Unidos. Como insecticida, el DDT había sido descubierto en Suiza por Müller, Langer y Martin, pero como sustancia química había

sido sintetizado en 1874 por Zeidler y su trabajo publicado en los Archivos de Hoppe-Seiler. Comunicó toda esta información al Profesor Noé quien, con su diligencia habitual, localizó el artículo de Zeidler en la biblioteca de la Cátedra de Química Fisiológica —los Archivos habían sido adquiridos por el Dr. Adeodato García Valenzuela durante sus estudios en Alemania— y Hector Croxato, en el Instituto Sanitas, logró sintetizar una pequeña cantidad de DDT que mostró sus efectos insecticidas y su acción remanente en el laboratorio por Neghme, y en el terreno por el Dr. Noé.

Farmoquímica del Pacífico, una industria nacional, preparó por insistencia de ellos 5 kgs. de DDT puro cristalizado que fue aplicado en forma experimental en los valles de Azapa y Lluta, y otros, en octubre de 1944, con el éxito esperado. Poco tiempo después, la firma Geigy de Suiza, en cuyos laboratorios se había industrializado el DDT, trajo al país una serie de tambores con dicho insecticida en una solución del 5% para destruir insectos en los cultivos agrícolas. Ensayado en el laboratorio demostró su actividad contra los anopheles y se empleó para el rociamiento de las casas de los valles en la provincia de Arica, con lo cual se consolidó la erradicación del paludismo en Chile, lograda con los métodos tradicionales desde marzo de 1945. Desde esa fecha no se han vuelto a diagnosticar casos de primo-infección.

Este relato anecdótico muestra una vez más esa faceta singular de la personalidad de Amador Neghme: su amor acendrado por los chilenos y su preocupación constante por promover su bienestar, uniendo la ciencia a su vocación de servicio al bien común. Refleja su patriotismo sano, el que como la honestidad no se proclama sino que se ejerce; no procede por impulsos sino que se realiza continuamente; no se manifiesta en forma estentórea sino silenciosamente. Es más una actitud, una forma de proceder que lleva envuelta la gratitud por las oportunidades que nuestra tierra nos dio para llegar a ser lo que somos, la que nos impulsa a servir a los más necesitados.

Neghme tuvo también éxito en la erradicación del vector urbano de la fiebre amarilla, el *Aedes aegypti* en el norte de Chile. Con Hernán Alessandri y Gabriel Gasic, y la inspiración del Profesor Noé, estudió en profundidad y delimitó la enfermedad de Chagas en el país, para así poder programar su control. Realizó también estudios de laboratorio, clínicos y comunitarios, sobre amebiasis y otras enteroparasitosis, triquinosis e hidatidosis.

Su labor en la investigación básica y aplicada, en el laboratorio y en el terreno, la volcó en la educación universitaria. Comprendió, como ninguno, que la investigación que no se sigue de aplicación, ni se incorpora al proceso docente resulta en un vacío inoperante. A su vez, la educación que no se funda en una investigación en constante renovación termina en una rutina obsoleta que, en las ciencias de la vida, puede inducir mucho daño a personas, comunidades y al país en su conjunto.

Es conmovedor transcribir lo que sigue, cuando analiza Neghme la investigación científica:

“Recuerdo que desde la infancia mi curiosidad me orientaba hacia la búsqueda de lo ignorado, la que fue estimulada por buenos profesores de Ciencias Naturales durante mis estudios de las llamadas entonces ‘Humanidades’, en el Instituto Nacional” (4).

En el mismo sentido, años más tarde nos dice:

“En abril de 1933, llamado por el Profesor Juan Noé me incorporé a los laboratorios del Instituto de Biología bajo su sabia dirección. En ellos, desde el primer día pude apreciar el valor de una atmósfera intelectual propicia para el trabajo científico, la libertad para idear hipótesis y para discutir puntos de vista diferentes, para criticar y, por sobre todo, para disentir. El contacto con otros profesionales de mayor edad y de mayor experiencia en los diversos campos de la biología nos fue de gran utilidad, y los debates ocurrieron siempre en un clima amistoso y estimulante. Pude valorar también la jerarquía del conocimiento y la necesidad imprescindible de contar con fuentes bibliográficas que permitan tener una información actualizada” (5).

Reconoció desde muy temprano la necesidad de reunir la información existente antes de desarrollar cualquier hipótesis y para ello lo indispensable de bibliotecas al día. Tuvo una preocupación especial por la formación del pensamiento científico de los estudiantes, sabiendo que únicamente un grupo pequeño de ellos se harían investigadores puros.

Todos, a su juicio, deberían conocer los fundamentos de su profesión, cualquiera la especialidad, y aplicar en su cometido lo que la ciencia, en continua variación, indica. Con este fin se requiere vocación y la guía de auténticos maestros. Estimó que una mala elección de estos últimos en las universidades repercutirá negativamente en la producción de científicos, en el pensamiento médico y en el desarrollo de las ciencias, por lapsos de 30 o más años. Esto es lo que mucho me temo —nos decía en 1978— pudiera estar sucediendo en la actualidad con muchas cátedras universitarias entregadas a profesores improvisados y sin las características de personalidad que son esenciales.

Con toda seguridad, ello no ocurrió durante los 16 años, primero como Secretario y después como Decano, en los que colaboró en la Administración General de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Su labor fue monumental. La inteligencia, el espíritu y los principios morales de Neghme, todos ellos excelsos, se dejaron sentir en las diversas fases del complejo proceso de enseñanza y aprendizaje que conduce a la formación de los médicos y otros profesionales en ciencias de la salud.

Desde los conceptos y principios, a los métodos descubiertos en nuestra realidad o adaptados a ella, el todo enlazado por los rasgos de nuestra cultura, Neghme ideó los mecanismos para darle forma y con-

tenido a esa educación integral que practicó con pasión en su Cátedra de Parasitología.

Se explican así sus esfuerzos por mejorar la calidad de la enseñanza de las ciencias básicas, por promover la investigación en ellas así como en las ciencias clínicas y sociales, por dotar los laboratorios de los equipos y elementos indispensables, dentro de recursos menguados, por incorporar a los estudiantes a un diálogo activo con los docentes al examinar los resultados de sus propias experiencias en el laboratorio, en la clínica o en la comunidad. Porque lo esencial en la formación universitaria era, según Neghme, que los estudiantes adquirieran los conocimientos fundamentales para conformar sus propios juicios de valor, adquirir un criterio independiente para determinar su conducta ante situaciones en el ejercicio de su profesión, o en su vida social. Además, su preocupación continua por la selección de los estudiantes y de los profesores, dada la enorme responsabilidad de ambos para construir un proceso de enseñanza y aprendizaje eficiente, y servir a los habitantes eficazmente, así como para promover el cultivo de las ciencias, las artes y las letras.

Al enjuiciar a las universidades iberoamericanas, a las que juzga en crisis porque han dejado de ser universidades de “elite” para convertirse en universidades de “masas”, se pregunta:

“¿Qué se puede esperar de escuelas universitarias e institutos de estudios superiores —públicos o privados— que abren sus puertas libremente, sin contar con suficientes profesores idóneos, ni disponer de bibliotecas adecuadamente provistas y actualizadas, ni con laboratorios bien equipados y, a veces, sin siquiera de salas de clase y otras instalaciones con capacidad para las masas de alumnos?” . . . Y se contesta . . . “En la realidad, tales universidades resultan ser fábricas de diplomas y un engaño para todos” (6).

A la vez, recurre al escritor argentino Ernesto Sabato quien señala que:

“La UNIVERSIDAD —así con mayúsculas— debería ser el lugar en que los maestros y los discípulos, humilde pero tenazmente, luchan por acrecentar esa cultura que nace de la libertad y engendra más libertad. Un lugar en el que, con sentido crítico pero con reverencia, pueda aprenderse y enseñarse el pensamiento de los filósofos más opuestos: racionalistas e irracionales, liberales y conservadores, ateos y creyentes, partidarios del socialismo y defensores del capitalismo. Si ese postulado esencial no se cumple, esa institución podrá ser cualquier cosa...pero jamás será lo que honrada y exactamente puede y debe llamarse Universidad” (7).

La crisis de la Universidad en Iberoamérica, que Neghme identificó con su maestría habitual, precedió al enjuiciamiento sobre las universidades de los Estados Unidos que ha hecho recientemente Alan Bloom, profesor de pensamiento social de la Universidad de Chicago y un notorio traductor de Platón y de Rousseau:

“La crisis de la educación liberal es un reflejo de una crisis en las cumbres del aprendizaje, una incoherencia e incompatibilidad entre los principios básicos con los que interpretamos el mundo y una crisis intelectual de la mayor magnitud que constituye la crisis de nuestra civilización. Tal vez se puede afirmar que la crisis consiste no tanto en esta incoherencia sino en nuestra incapacidad de analizarla o aún reconocerla. La educación liberal floreció cuando preparó el camino para un examen de una visión unificada de la naturaleza y la posición y las funciones del hombre en ella, la cual fue debatida en el más alto nivel por las mejores mentes. Decayó cuando lo que se extendió más allá de dicha visión fueron sólo especialidades, cuyas premisas no conducen a ella. Lo más alto es sólo intelecto parcial; no hay sinopsis” (8).

Como Neghme, Bloom nos dice que lo que vemos hoy es gente joven que, por carecer de una comprensión del pasado y de una visión del futuro, vive en un presente empobrecido. Y nuestras Universidades, a las que se confió su educación, no le entregan más (o no le dan las oportunidades para adquirirlo) el conocimiento de una gran tradición de filosofía y literatura que les permita a los estudiantes comprender el orden de la naturaleza y el lugar del hombre en ella. La educación superior fracasa en estimular o nutrir el auto-conocimiento que ha sido siempre la base de un aprendizaje serio y humano.

Concordamos ampliamente con Alejandro Goic cuando destaca que Neghme fue un universitario por antonomasia y el líder más distinguido en la educación médica chilena en el presente siglo.

Con ese pensamiento rector y esa visión de la Universidad, no sorprende su actitud inflexible ante los embates de la llamada Reforma de 1968. Estuvo convencido que iba a destruir los avances logrados penosamente por maestros distinguidos y alumnos de selección. Los objetivos de la reforma distaban de su imagen y los propósitos de la Universidad.

Prefirió renunciar al Decanato que hacerse cómplice de cambios que harían a su juicio un daño irreparable. Su gesto sirve, hoy como ayer, de ejemplo para su generación y las que vendrán. Solamente aquellos dotados de valores superiores son capaces de abandonar el escenario en el que transcurrió su vida, sea en las ciencias o en las artes, en defensa de ideales y principios que estimaron esenciales. Entre ellos, Neghme destaca por la magnitud de su obra y contenido ético.

En el Prólogo de su obra *Educación médica en crisis. Recados para los universitarios* (1984) decíamos:

“Estamos convencidos que nadie dejará de admirar el valor y la defensa de los principios que informaron toda su gestión universitaria, durante la crisis de 1968. Al examinar lo ocurrido en estos últimos 16 años, cabe preguntarse si la educación médica en términos de organización y desarrollo es realmente mejor que cuando contó con la dirección sabia, prudente y eficaz de Neghme. Porque fue y sigue siendo un ejemplo de un universitario de verdad” (9).

La pérdida que significó para Chile su renuncia al Decanato de la Facultad de Medicina se transformó en un enorme beneficio para las

Américas, por intermedio de la Organización Panamericana de la Salud. Tuve el placer de nombrarlo Director de la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) con sede en São Paulo, Brasil. Le hice presente que le entregaba más que un cargo, una misión de servicio a la medicina, a la investigación biomédica, y a la educación en América Latina. La realizó con el fervor que caracterizó todas sus funciones y con el enorme caudal de talento y de experiencia que a la sazón tenía. Su éxito fue enorme porque pocos podían hablar con mayor autoridad sobre el impacto de la ciencia y de la técnica en el bienestar y el desarrollo, y sobre el valor de la investigación válida para la educación universitaria y el progreso social. A más de lo conceptual, que le dio un sello distintivo a BIREME, el éxito se pudo medir en lo operacional. Oigámoslo:

“En los siete años que duró mi dirección de BIREME, conseguí establecer una red de comunicaciones científicas que empezó primero en Brasil y enseñada se extendió a los otros países de la América del Sur, basada en el préstamo entre bibliotecas para la provisión de toda la documentación y referencias bibliográficas que requieren los investigadores para sus trabajos de creación científica” . . . “En esos siete años, BIREME entregó gratuitamente más de doscientos cincuenta mil fotocopias de artículos científicos y se compilaron cerca de cinco mil referencias bibliográficas en apoyo del trabajo científico biomédico en América Latina. El fondo bibliográfico de BIREME aumentó de 1200 títulos a 5079, de los cuales por lo menos 3000 son de publicaciones vigentes” (10).

Imaginamos su satisfacción profunda al saber que Chile se ha incorporado a la red de telecomunicaciones que le permite a nuestros científicos obtener directamente referencias bibliográficas del sistema Medline de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Es más, gracias a un convenio entre el Gobierno de Chile y la NASA, se plantea la posibilidad de usar horas libres de un satélite para servir a otros países de las Américas en la obtención de información biomédica social al día. Chile serviría de “punto focal”. Si ocurre, se hará realidad otro de los grandes propósitos de Neghme de ampliar el marco de oportunidades de todos los países para transformar el conocimiento científico validado en mejor salud y bienestar de los habitantes.

A Neghme se aplica, y con mucho, lo que dijo ante el fallecimiento de su respetado Maestro el Dr. Juan Noé:

“Ahora descansa en paz; deja tras sí una estela luminosa, un vivificador ejemplo de esfuerzo, de inspiración y de belleza moral a la juventud del Continente. Y además, un monumento imperecedero, su obra” (11).

Estoy convencido que de Neghme podría agregarse que su voz poderosa y el hondo contenido ético de su mensaje, así como el ejemplo que irradia en su vida seguirán resonando en nuestro espíritu y el de las generaciones que vendrán. Porque Neghme simbolizó en todo su ciclo vital el hermoso precepto de Dubos:

“La tierra no es un lugar de reposo. El hombre ha elegido luchar, no necesariamente para sí mismo sino para un proceso de desarrollo emocional, intelectual y ético que continúa sin interrupción. Crecer en medio de los peligros es el destino de la raza humana, porque es la ley del espíritu” (12).

REFERENCIAS

- 1 Lamont, C. y Lamont, B. The Basic Principles of Humanism. En: *The New York Times*, edición del domingo 24 de abril de 1988.
 - 2 Neghme R., A. Sobre humanismo en medicina. En: *Problemas universitarios contemporáneos. Análisis crítico*, Cap. XIV. Santiago de Chile, 1983, p. 155.
 - 3 Mardones Restat, J. Prólogo. En: A. Neghme R. *Hacia ideales universitarios. Editorial Universitaria*. Santiago de Chile, 1986.
 - 4 Neghme R., A. La organización de facilidades para la investigación científica. (Experiencias personales). *Rev. Méd. de Chile* 106:471-477, 1978.
 - 5 Neghme R., A. La organización de facilidades para la investigación científica. *Op. cit.*
 - 6 Neghme R., A. Recados para universitarios. Una página omitida en el análisis crítico de la Universidad iberoamericana. *Rev. Méd. de Chile* 112:285-286, 1984.
 - 7 Neghme R., A. Recados para universitarios. *Op. cit.*
 - 8 Bloom, A. *The Closing of the American Mind*. Simon & Schuster. Nueva York, 1987, pp. 346-347.
 - 9 Horwitz, A. Prólogo. En: Neghme R., A. *Educación médica en crisis. Recados para los universitarios*. Santiago de Chile, 1984, pp. 11-14.
 - 10 Neghme R., A. La organización de facilidades para la investigación científica. *Op. cit.*
 - 11 Neghme R., A. La campaña para la erradicación de la malaria en Chile. Cruzada cumplida por un insigne maestro de la Universidad de Chile, el profesor Dr. Juan Noé. En: *Hacia ideales culturales y universitarios*. Editorial Universitaria. Santiago de Chile, 1986, p. 144.
 - 12 Dubos, R. *Mirage of Health; Utopias, Progress and Biological Change*. Harper and Bros., Nueva York, 1959.
-

NOTICIAS

COOPERACION DEL GOBIERNO ESPAÑOL EN EL AREA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El Gobierno de España continúa colaborando con Centroamérica y Panamá, y con la Organización Panamericana de la Salud, en la iniciativa de *Salud, puente para la paz*, a través de actividades subregionales y nacionales en el área de desarrollo de recursos humanos. En el ámbito subregional destacan las siguientes:

- Seminario de cuantificación de necesidades de personal en salud pública, realizado en Panamá del 20 al 25 de febrero pasado. Participaron funcionarios de los ministerios de salud y de las universidades de los países del istmo centroamericano, Belice y la República Dominicana. La actividad docente estuvo a cargo de instructores españoles, panameños y de la OPS.
- Curso sobre metodologías de aprendizaje en el trabajo para funcionarios de salud, a ser realizado del 26 de junio al 24 de julio de 1989 en Honduras. La programación tuvo lugar recientemente con la participación de la Dirección General de Salud de Honduras, la OPS y el Instituto de Cooperación Iberoamericana. La conducción del evento estará a cargo de instructores de Brasil, España, la OPS y del país sede.
- Curso sobre capacitación docente en salud pública, dirigido a personal de las universidades y ministerios de salud de los seis países centroamericanos. Tendrá lugar en Nicaragua, con la colaboración del Instituto de Cooperación Iberoamericana, la Universidad de Sevilla y la OPS. Está programado para realizarse entre el 18 de septiembre y el 24 de octubre próximos.

FALLECIMIENTO DEL PROFESOR ABEL WOLMAN

Notificamos con pesar el reciente fallecimiento de un pionero de la salud del continente en el área de salud ambiental: Abel Wolman, Profesor de Ingeniería Sanitaria en Johns Hopkins University en Balti-

more, EUA. Destacó su labor en la coordinación de esfuerzos nacionales e internacionales para introducir la clorinación del agua para beber en situaciones de escasez de agua y de problemas de contaminación. Su carrera en salud pública alcanzó casi siete décadas.

Su relación con la Organización Panamericana de la Salud como Presidente de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) durante dos años fue de suma importancia. En su gestión como tal, prestó decidido apoyo al Programa de Textos que funciona dentro del Programa de Recursos Humanos en Salud de la OPS.

COLOQUIO DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA

Del 20 al 23 de septiembre de 1988, se realizó en Bogotá, Colombia, el Primer Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Estuvieron representados 13 países entre los 200 participantes. Se presentaron trabajos sobre varios aspectos relacionados con enfermería y salud. Entre ellos, uno de los de mayor alcance fue el estudio de tendencias en investigación en enfermería (1983-1987) en siete países: Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Honduras, México y Perú.

El estudio mostró no solo áreas de concentración en los trabajos de investigación en enfermería, sino también lagunas en cuanto al sujeto y tema. Los resultados servirán en la actualidad para la definición de líneas prioritarias en los países involucrados.

Las memorias del evento están disponibles en: Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería, Apartado Aéreo 057939, Bogotá, Colombia.

El segundo Coloquio será realizado en México, en 1990.

PROYECTO PARA LA CREACION DE LA UNIVERSIDAD ANDINA EN BOLIVIA

Los países del Pacto Andino (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) han iniciado esfuerzos tendientes a la creación de una Universidad que sirva a la población estudiantil avanzada de dichos países. La Organización Panamericana de la Salud ha sido requerida para prestar una importante colaboración en su estructuración.

Para ello, se llevó a cabo una reunión preliminar en la que participaron representantes de los cinco países del Pacto y de la OPS. El evento tuvo lugar en Sucre, sede de la proyectada Universidad, en enero pasado. Se discutieron los probables términos de referencia, las áreas te-

máticas a ser desarrolladas en el área de salud y recursos humanos en el contexto actual de los países de la subregión andina, y aspectos relativos al desarrollo institucional y programático de la Universidad.

COMITE CONSULTIVO DEL PROYECTO USALC-XXI

Fue instalado en la ciudad de México el 18 de enero pasado, el Comité Consultivo de Universidad y Salud de América Latina y el Caribe para el Siglo XXI (USALC-XXI), un proyecto de cooperación técnica entre la Unión de Universidades de América Latina y la OPS. El Comité Consultivo está integrado por los Dres. Fernando Rojas, Rector de la Universidad de La Habana; Jairo Bernal, Vice-Rector de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá; Enrique Leff, Coordinador de la Red de formación ambiental para América Latina con sede en México; Leopoldo Portnoy, Decano de la Universidad de Buenos Aires, y Paulo Renato Costa, Rector de la Universidad Estadual de Campinas, Brasil. Son Asesores del Comité, los Dres. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OPS, y José Sarukhan, Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.

V CONFERENCIA INTERNACIONAL DE OFEDO-UDUAL

La V Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina tendrá por sede la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, Ecuador. La Conferencia se efectuará entre el 28 de mayo y el 1 de junio de 1989, con el siguiente temario:

- Papel de la universidad en el mejoramiento del nivel de salud de la población.
 - Las necesidades de la población y la respuesta científico-tecnológica de la odontología.
 - Contribución de la universidad al desarrollo de los sistemas locales de salud y a la atención primaria.
 - Mesa Redonda: Estrategias curriculares y enfoques alternativos de la enseñanza.
-

Crecimiento y desarrollo. Hechos y tendencias

M. Cusminsky, E. M. Moreno y E. N. Suárez Ojeda, editores.

En esta obra se enfoca el proceso de crecimiento y desarrollo del niño en la sociedad actual dentro del marco social, antropológico y biológico, y se analizan los factores condicionantes básicos que favorecen o interfieren con dicho proceso.

El libro combina la experiencia y las ideas de destacados investigadores de países desarrollados y en desarrollo en relación con la enseñanza y la investigación sobre crecimiento y desarrollo. Las opiniones que contiene propiciarán tanto la discusión como la investigación.

La obra está dirigida a profesionales de la salud de nivel medio y alto, en especial investigadores y docentes en este campo, y a los que trabajan en institutos de investigación o en niveles de referencia.

En el libro se tratan aspectos del tema poco abordados, tales como crecimiento intrauterino y su medición y control, y otros poco profundizados o poco divulgados, como los psicológicos y sociales.

Se presenta información sobre riesgo que resultará de utilidad para identificar individuos y grupos vulnerables, y se ofrecen argumentos incontrovertibles sobre los beneficios de la relación madre-hijo mantenida en ambientes naturales.

Publicación Científica No. 510-1988-647 pp. • \$US 14,00 • ISBN 92 75 31510 8

IV Seminario Regional de Tuberculosis

La tuberculosis es un problema de salud en gran parte de las Américas y la OPS ha venido propiciando la realización de seminarios regionales en los que se analiza la situación, se discuten nuevas estrategias para el control de la enfermedad y se formulan recomendaciones.

El IV Seminario Regional se celebró en Cocoyoc y Oaxtepec, Morelos, México, en mayo de 1988. Tuvo como propósito revisar los obstáculos que se presentan en la evaluación operacional de las actividades de control de la tuberculosis en el contexto de la atención médica integral, analizando para ello la información relativa a la ejecución de los programas en los países.

Esta publicación incluye el informe final con las conclusiones y recomendaciones del Seminario y documentos de trabajo y conferencias, que versan sobre sistemas de información, red de laboratorios, tratamiento de la tuberculosis, indicadores para la evaluación de los programas, inmunología de la tuberculosis y relación de la tuberculosis con el SIDA. Se incluye asimismo un resumen de la situación de los programas de control de la tuberculosis en países de la Región.

Publicación Científica No. 511-1988-93 pp. • \$US 8,00 • ISBN 92 75 31511 6

El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas

seleccionadas. Discusión y recopilación: C. Buck, A. Llopis, E. Nájera y M. Terris.

"Una excelente antología. . . Las discusiones de los recopiladores son valiosas. . . A su precio, este libro es una ganga."

traducido de Annals of Internal Medicine

"...al publicar este libro la Organización Panamericana de la Salud nos ha hecho un gran favor a todos los que estamos interesados en los hitos que han contribuido al desarrollo de la epidemiología."

traducido de The Lancet

CONTENIDO. Consiste de 91 artículos estructurados en cinco secciones. Cuatro contienen discusiones de fondo y una recopilación de trabajos por orden cronológico, donde se traza la evolución de la disciplina y la aplicación de la epidemiología. En la quinta sección se ofrece la opinión de los editores sobre el futuro de la epidemiología. Su lectura puede estimular un debate de la historia, la evolución, el alcance, las limitaciones, el empleo y las perspectivas de la epidemiología.

Publicación Científica No. 505-1988-1088 pp. • \$US 30,00 • SBN 92 75 31505 2

Disponible también en Inglés

ORDEN DE COMPRA

Favor de enviar:

____ ejemplar (es) de la Publicación Científica
No. 510 (*Crecimiento y desarrollo*)

Precio por ejemplar \$US 14,00 _____

____ ejemplar (es) de la Publicación Científica
No. 511 (*IV Seminario Regional de Tuberculosis*)

Precio por ejemplar \$US 8,00 _____

____ ejemplar (es) de la Publicación Científica
No. 505 (*El desafío de la epidemiología*)

Precio por ejemplar \$US 30,00 _____

El precio de la publicación incluye correo ordinario (plazo de entrega 3 a 4 meses). Para servicio por correo aéreo agregue \$US 8,00 por ejemplar.

Enviar a:

Nombre/Institución _____

Dirección _____

Adjunto cheque o giro postal en \$US *

Adjunto cheque o giro postal en moneda nacional **

*Los pedidos en \$US deben dirigirse a:
Organización Panamericana de la Salud
Distribución y Ventas
525 Twenty-third St., N.W.
Washington, DC 20037, EUA

** Los pedidos en moneda nacional deben dirigirse a la Representación de la OPS/OMS en su país o a: BIREME, Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud
Rua Botucatu 862, Vila Clementino
CEP. 04023 São Paulo, SP, Brasil

Firma _____

Fecha _____

HBI/EM

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana / Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, NW, Washington, DC 20037

FORMULARIO DE SUSCRIPCION
SUBSCRIPTION FORM

Favor de suscribirme a: / *Please enter my subscription to:*

Educación Médica y Salud

Trimestral/*Quarterly*

- | | | |
|--------------------------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Por un año / <i>For one year</i> | \$US20,00 |
| <input type="checkbox"/> | Por dos años / <i>For two years</i> | \$US36,00 |
| <input type="checkbox"/> | Por tres años / <i>For three years</i> | \$US48,00 |
| | Número suelto
<i>Single issue</i> | |
| <input type="checkbox"/> | Vol. ____ No. ____ Año/ <i>Year</i> ____ | \$US5,00 |

Nombre/*Name*

Dirección/*Address*

Ciudad/*City*, Código Postal/*Zip Code*

País/*Country*

Firma/*Signature*

Fecha/*Date*

En caso de RENOVACION DE SUSCRIPCION es indispensable devolver la etiqueta del sobre en el que recibe *Educación Médica y Salud*.

In case of RENEWAL, it is indispensable to return the address label from the envelope in which you receive Educación Médica y Salud.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Oficina Sanitaria Panamericana —denominada hasta 1923 Oficina Sanitaria Internacional— se originó a raíz de una resolución adoptada por la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) en la que se recomendaba celebrar “una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas”. Dicha convención (Washington, DC, 2-4 de diciembre de 1902) estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924), ratificado por los gobiernos de las 21 repúblicas americanas, asignó 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 (Buenos Aires, 1947). Durante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) se decidió cambiar el nombre de Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. La Oficina, en cambio, permaneció con el mismo nombre.

En virtud de lo acordado en 1949 entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Sanitaria Panamericana desempeña las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud funge también como organismo especializado interamericano en la esfera de la salud pública y goza de la más amplia autonomía para cumplir con sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son promover las acciones y coordinar los esfuerzos de los países del continente tendientes a combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. Con el fin de lograr estos propósitos, la OPS colabora con los Gobiernos Miembros en el desarrollo y perfeccionamiento de los servicios nacionales y locales de salud pública, fomenta la investigación y el desarrollo de tecnologías, facilita los servicios de consultores, concede becas, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades que llevan a cabo los países en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadísticas de salud y desempeña diversas funciones afines. A través de sus publicaciones, la OPS disemina información científica y técnica de carácter internacional.

Gobiernos Miembros: 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 Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela. **Gobiernos Participantes:** Francia, Reino de los Países Bajos, Reino Unido.

Cuerpos Directivos: Conferencia Sanitaria Panamericana (reunión cuatrienal), Consejo Directivo (reunión anual), Comité Ejecutivo (dos reuniones ordinarias al año).

Oficina Sanitaria Panamericana: Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director; Dr. Robert F. Knouss, Director Adjunto; Dr. Luis Carlos Ochoa Ochoa, Subdirector.

**ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LA EDUCACIÓN EN
ENFERMERÍA • URUGUAY: METODOLOGÍA PARA
UN MODELO DE SIMULACIÓN DE OFERTA MÉDICA
FUTURA • BRASIL: A QUESTÃO DOS RECURSOS
HUMANOS NO DISTRITO SANITÁRIO • UNA
PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL HOSPITAL • HOMENAJE
POSTUMO A AMADOR NEGHEM • NOTICIAS**

