

Volumen 25, No. 2

Abril/junio 1991

Educación Médica y Salud

**EXPERIENCIAS EN DESARROLLO
DE RECURSOS HUMANOS EN LA
REGION DE LAS AMERICAS**

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

Ultimos números publicados:

Vol. 24, No. 4: Desarrollo de recursos humanos en salud:
experiencia en las Américas

Vol. 25, No. 1: Fuerza de Trabajo en Salud: La expe-
riencia de Brasil

Próximo número:

Vol. 25, No. 3: Recursos humanos: Nuevos campos de
trabajo

Educación Médica y Salud

Volumen 25, No. 2
Abril/junio 1991

ARTICULOS

- 103 **Evaluación curricular de la enseñanza clínica en enfermería.** *Alicia Prieto Arrate*
- 118 **Características econômicas da medicina liberal.** *Roberto P. Nogueira*
- 126 **Integração docente-assistencial em odontologia no Brasil.** *Urubatan Vieira de Medeiros*
- 138 **Nicaragua: reflexiones sobre la planificación estratégica situacional (PES) de la fuerza de trabajo en salud.** *Mariano Zalazar C.*
- 154 **La investigación en enfermería en América Latina.** *Maricel Manfredi*
- 167 **Educación permanente de personal de salud: la experiencia de Costa Rica.** *Rodrigo Alvarez Fernández, Rodrigo A. Barahona H., María Elena López e Irene Rojas*
- 178 **Revisión de los contenidos de políticas, economía, planificación de salud y legislación en los programas de las escuelas de salud pública de los Estados Unidos de América.** *Cristina Puentes-Markides*
- 194 **Educación para la salud: Aspectos metodológicos.** *María Eugenia Casas Donneys*

RESEÑAS

- 203 **La odontología alternativa para la década del 90.**
- 209 **Análisis del aprendizaje de un taller de trabajo sobre atención primaria de salud.** *R. Rodríguez-Contreras Pelayo, J. Luna del Castillo, R. López Gigosos, P. Lardelli Claret, M. Delgado Rodríguez y R. Gálvez Vargas*

218 NOTICIAS

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.

EVALUACION CURRICULAR DE LA ENSEÑANZA CLINICA EN ENFERMERIA

*Alicia Prieto Arrate*¹

INTRODUCCION

La educación en enfermería ha tenido históricamente dificultad para identificar la enseñanza clínica de enfermería. Tradicionalmente, durante la primera mitad del siglo, las Escuelas de Enfermería del país tenían un panorama muy similar a lo que, según Mary Sue Infante, sucedía en los Estados Unidos, en donde la instrucción clínica de los estudiantes se basaba en la asistencia a los pacientes bajo supervisión y el estudiante se concebía más como un trabajador que presta servicios que como un estudiante que otorga asistencia a fin de aprender enfermería. Su trabajo era al azar, poco organizado, consistía principalmente en el desarrollo de destrezas técnicas y estaba adherido estrictamente a las normas del servicio.

En las siguientes décadas el profesorado, influenciado por estudios en ciencias de la educación, fue comprendiendo que las clínicas podrían considerarse como laboratorios que proporcionan situaciones reales para el aprendizaje de los roles de la enfermera/o y que como experiencias educativas debían organizarse en programas clínicos.

En contraste con la formación tradicional en el presente, la literatura indica que la educación en enfermería debe tener en la clínica estudiantes pensadores, que utilicen el método científico en su quehacer y que den cuidados creativos a sus pacientes para lo cual la enseñanza clínica de enfermería requiere estrategias que interesen y estimulen al estudiante a pensar, crear y lograr los aprendizajes esperados.

Estando convencida de que la experiencia clínica, el aprender al lado del paciente, es esencial en la formación del profesional de enfermería, y habiéndome dedicado por muchos años a la docencia y, en ella, en forma especial a la enseñanza clínica de enfermería, constituye para mí

¹ Magister en Educación, Profesor Asociado, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

un real interés el poder conocer la eficacia de la enseñanza clínica de enfermería en la formación de la enfermera/o en la Universidad de Concepción.

Esta tesis no pretende en ninguna forma ser una investigación educacional sino un estudio evaluativo para emitir juicios de valor orientados a la toma de decisiones. Por tanto, sus resultados no irán a generalizar sino a esclarecer y juzgar el valor o utilidad social en términos amplios y en un área particular.

Esta evaluación utiliza, igual que la investigación, el método científico e instrumentos en la medición de las variables a evaluar, y analiza sistemáticamente los datos para entregar resultados que lleven a determinar el mérito de un programa.

En este propósito se pretende evaluar un programa de enfermería clínica a través de un modelo de evaluación que permita obtener una visión holística y global de todos los elementos curriculares que interactúan en el proceso de enseñanza clínica.

Para efectos de este estudio se evaluará el programa de "Clínica de Enfermería del Adulto y Anciano" a través del modelo de evaluación de Robert Stake, con algunas adaptaciones para el área de la disciplina.

El tema y el método a usar tienen cierta relevancia ya que no hay conocimiento en el país de que se haya realizado una evaluación curricular con el modelo de Robert Stake en ninguno de los niveles educacionales y por tanto con las características propias del modelo que le dan a este estudio un carácter, además de holístico, muy especial y original.

Para la Universidad de Concepción también es relevante ya que es un intento de evaluación curricular aplicando este modelo a un programa de educación superior.

Para la disciplina de enfermería, además de lo ya expuesto, es importante ya que es por primera vez en Chile que se lleva a cabo una evaluación curricular de la enseñanza clínica, dentro de los planes de estudio de la carrera de enfermería.

Este trabajo tiene proyecciones para la educación en enfermería; el estudio, que se ha delimitado a un programa de enseñanza clínica, se puede extender a otros y a todos los programas de enseñanza clínica de un currículo de pregrado y aplicar en cualquier plan de estudios de la carrera de enfermería en otras universidades.

EL AREA DE LA MATERIA EN ESTUDIO

1. Problematicación

La enseñanza clínica de enfermería constituye un medio eficaz para la formación de la enfermera/o.

A. ¿Cómo influyen las estrategias que se utilizan durante la enseñanza clínica de enfermería en la formación de la enfermera/o?.

1. ¿Cómo influyen los antecedentes académicos del profesor que participa en la enseñanza clínica de enfermería en la formación de la enfermera/o?

2. ¿Cómo influyen las conductas docentes del profesor durante la enseñanza clínica de enfermería en la formación de la enfermera/o?

3. ¿Cómo influyen las técnicas de enseñanza que utiliza el profesor durante la enseñanza clínica de enfermería en la formación de la enfermera/o?

4. ¿Cómo influyen los campos clínicos que se utilizan para el desarrollo de la enseñanza clínica de enfermería en la formación de la enfermera/o?

5. ¿Cómo influyen los aspectos de planificación, organización y desarrollo de la enseñanza clínica de enfermería en la formación de la enfermera/o?

6. ¿Cómo influye el sistema de evaluación que utiliza el profesor para evaluar los aprendizajes del estudiante en la enseñanza clínica de enfermería en la formación de la enfermera/o?

B. ¿Cómo influye el contenido que se desarrolla durante la enseñanza clínica de enfermería en la formación de la enfermera/o?.

1. ¿Cómo influyen los conceptos esenciales del plan de estudios que se desarrollan durante la enseñanza clínica de enfermería en la formación de la enfermera/o?

2. ¿Cómo influye la aplicación de conocimientos durante la enseñanza clínica de enfermería en la formación de la enfermera/o?

3. ¿Cómo influye el desarrollo de actitudes profesionales durante la enseñanza clínica de enfermería en la formación de la enfermera/o?

4. ¿Cómo influye el desarrollo de técnicas de enfermería en la formación de enfermera/o?.

C. ¿Cómo influyen las características del estudiante en el desarrollo de la enseñanza clínica de enfermería para su formación como enfermera/o?.

1. ¿Cómo influyen los antecedentes personales del estudiante en el desarrollo de la enseñanza clínica de enfermería para su formación como enfermera/o?.

2. ¿Cómo influyen los antecedentes de salud del estudiante en el desarrollo de la enseñanza clínica de enfermería para su formación como enfermera/o?.

3. ¿Cómo influyen los antecedentes académicos del estudiante en el desarrollo de la enseñanza clínica de enfermería para su formación como enfermera/o?.

4. ¿Cómo influye el interés por la profesión del estudiante en

el desarrollo de la enseñanza clínica de enfermería para su formación como enfermera/o?

2. Objetivos

Objetivo general:

Evaluar la enseñanza clínica de enfermería en un currículo de pregrado para la formación de la enfermera/o en base a un modelo de evaluación.

Objetivos específicos:

A. Evaluar las estrategias que se utilizan durante la enseñanza clínica de enfermería.

1. Evaluar antecedentes académicos del profesor que participa en la enseñanza clínica de enfermería.

2. Evaluar las conductas docentes efectivas del profesor en la enseñanza clínica de enfermería.

3. Evaluar las técnicas de la enseñanza clínica de enfermería que utiliza el profesor en la clínica.

4. Evaluar los campos clínicos que se utilizan en la enseñanza clínica de enfermería.

5. Evaluar algunos aspectos de la planificación, organización y desarrollo de la enseñanza clínica de enfermería.

6. Evaluar el sistema que utiliza el profesor para evaluar los aprendizajes del estudiante en la enseñanza clínica de enfermería.

B. Evaluar el contenido que se desarrolla durante la enseñanza clínica de enfermería.

1. Evaluar el dominio de los conceptos esenciales del plan de estudios que se desarrollan en la enseñanza clínica de enfermería.

2. Evaluar el dominio en la aplicación de conocimientos durante la enseñanza clínica de enfermería.

3. Evaluar el desarrollo de actitudes profesionales durante la enseñanza clínica de enfermería.

4. Evaluar el dominio en las técnicas de enfermería básicas que se desarrollan durante la enseñanza clínica de enfermería.

C. Evaluar las características del educando en el desarrollo de la enseñanza clínica de enfermería.

1. Evaluar los antecedentes personales del estudiante que cursa la asignatura clínica de enfermería.

2. Evaluar los antecedentes de salud del estudiante que cursa la asignatura clínica de enfermería.

3. Evaluar los antecedentes académicos del estudiante que cursa la asignatura clínica de enfermería.

4. Evaluar el interés por la profesión de enfermería del estudiante que cursa la asignatura clínica de enfermería.

METODOLOGIA

1. Unidad de observación

Como unidad de observación para este estudio se selecciona una asignatura clínica del currículo de pregrado de la carrera de enfermería en la Universidad de Concepción: "Clínica de Enfermería del Adulto y Anciano".

2. Modelo de evaluación

La metodología de este trabajo está basada en el modelo de evaluación de Robert Stake que se caracteriza por una visión holística e integral del mérito del programa evaluando las variables del proceso curricular como antecedente, transacción y producto a través de descripciones y juicios. Stake presenta una matriz de datos descriptivos y de juicios que orienta la recolección, análisis e interpretación de la información.

El método de este modelo está orientado a comparar lo que se intenta hacer o expectativas con las observaciones o lo que los observadores perciben y a comparar lo que los patrocinadores o expertos generalmente esperan, lo que llamamos normas o criterios de excelencia, con los juicios valorativos u opiniones de los jueces de lo que han percibido del programa.

De acuerdo con el esquema de Stake se efectúa un análisis comparativo orientado en la búsqueda de congruencia y/o discrepancia entre las expectativas de profesores y alumnos sobre las variables correspondientes a estrategias, contenido y características del estudiante, con las observaciones de las mismas efectuadas por el evaluador, los profesores y los alumnos, al inicio, durante y al finalizar la enseñanza clínica; y en la búsqueda de congruencia y/o discrepancia entre criterios de expertos y del evaluador sobre estas variables con los juicios emitidos al respecto por los jueces, antes y después de terminar el desarrollo de la asignatura.

Entre los expertos se contó con profesores calificados como especialistas en la disciplina de enfermería y en educación en enfermería y

FIGURA 1. Modelo de evaluación de Robert Stake. Matriz de datos

Matriz descriptiva		Matriz de juicio	
Expectativas	Observaciones	Criterios	Opiniones
Antecedentes			
Transacción			
Producto			

entre los jueces con profesores y alumnos involucrados en el proceso enseñanza/aprendizaje, pacientes atendidos por los alumnos, enfermeras y médicos de los servicios utilizados como campo clínico, comisiones de profesores especialistas en currículo de enfermería y en el área clínica y de estudiantes que habían aprobado con anterioridad la asignatura.

3. Instrumentos de recolección de información

Como instrumento de recolección de datos se utiliza la escala de calificación para recoger las observaciones, las expectativas, los criterios y las opiniones; de tal modo que se usa un solo tipo de instrumento con una misma escala de medida para cuantificar todos los aspectos que interesa medir durante la evaluación, referentes a estrategias, contenidos y características del educando. Esta escala es numérica, con cinco niveles, y establece cinco categorías que permiten una mayor discriminación en la medición del grado en que se manifiestan las características de las variables. Es descriptiva, con definiciones que interpretan en alguna forma cada nivel de las categorías pertinentes para la medición de los rasgos o características de las entidades seleccionadas para su evaluación.

Aunque se maneja un instrumento tipo para evaluar las variables, este instrumento se va diferenciando en su contenido específico en razón de las características y categorizaciones propias de cada variable, originando así 17 escalas de apreciación para medir todos los aspectos identificados en el área problemática y de objetivos de esta tesis.

En la construcción de las escalas de calificación se considera su validez y confiabilidad, buscando el consenso de expertos en educación en enfermería para determinar que el contenido es significativo y que los ítems miden realmente lo que se quiere medir, estableciendo específicamente que las características a evaluar sean conductas observables en la clínica, estén bien definidas y el instrumento presente un número suficiente de ítems para medir los rasgos que caracterizan la variable.

Además, en aquellos instrumentos de mayor complejidad se procede a aplicarlos a un grupo de prueba y al análisis posterior de la coherencia de los resultados, determinando este estudio en todos ellos la validez y confiabilidad del instrumento.

4. Análisis de datos

Con el propósito de analizar la información se calcula la mediana, estadígrafo de elección para el análisis de medidas no paramétricas como ha sido el sistema de medición de esta tesis.

El estudio comparativo se efectúa mediante el análisis de los datos

FIGURA 2. Matriz de datos del estudio.

Matriz descriptiva		Matriz de juicios	
Expectativas	Observaciones	Criterios	Opiniones
Antecedentes		Antecedentes	
Expectativas del profesor y del alumno en antecedentes académicos de los profesores de la asignatura clínica.	Observación de antecedentes académicos de los profesores de la asignatura clínica de enfermería por el evaluador.	Criterio de expertos sobre antecedentes académicos de los profesores de una asignatura clínica de enfermería.	Opinión de profesores y alumnos sobre antecedentes académicos de los profesores.
Expectativas del profesor en conductas de entrada de los alumnos.	Observación de conductas de entrada de los alumnos por profesor y por evaluador.	Criterio de calidad del programa escrito determinado por evaluador.	Opinión de comisiones de profesores y alumnos sobre el programa escrito de la asignatura.
Expectativas del profesor en características del estudiante.	Observación de características del estudiante por el evaluador.		
Transacción		Transacción	
Expectativas del profesor y del alumno de las estrategias de la enseñanza clínica de enfermería.	Observación por el profesor de sus estrategias utilizadas en la enseñanza clínica de enfermería.	Criterios de expertos sobre estrategias en la enseñanza clínica de enfermería.	Opinión de profesores y alumnos de la asignatura sobre las estrategias utilizadas en la enseñanza clínica de enfermería.
	Observación por el alumno de las estrategias utilizadas por su profesor durante la enseñanza clínica de enfermería.		Opinión de enfermeras y médicos del campo clínico sobre algunos aspectos de las estrategias observadas por ellos durante la enseñanza clínica.
	Observación por el evaluador de las estrategias.	Criterio del evaluador sobre el interés de los alumnos en el quehacer de enfermería.	Opinión de los alumnos sobre su interés en las actividades de enfermería observadas y/o realizadas durante la clínica.

<p>Expectativas del profesor y Comisión Docencia respecto al desarrollo de técnicas de enfermería básica.</p>	<p>Observación del evaluador de las técnicas de enfermería básica realizadas por los alumnos.</p> <p>Observación del evaluador de las técnicas de enfermería básica realizadas por los alumnos.</p>	
<p>Producto</p>		<p>Producto</p>
<p>Expectativas del profesor en las conductas de salida del alumno.</p>	<p>Observación de conductas de salida de los alumnos en relación al contenido por el evaluador, profesores y alumnos.</p>	<p>Criterio del evaluador sobre el nivel de calidad de algunos aspectos de planificación, organización y desarrollo del programa de la asignatura clínica.</p> <p>Opinión de profesores y alumnos sobre algunos aspectos de planificación, organización y desarrollo del programa de la asignatura clínica.</p>
<p>Expectativas del profesor en características del estudiante al finalizar la asignatura clínica de enfermería.</p>	<p>Observación de características del estudiante al finalizar la asignatura clínica de enfermería por el evaluador.</p>	<p>Criterio del evaluador sobre calidad de atención de enfermería proporcionada por los alumnos.</p> <p>Opinión de enfermeras y médicos del campo clínico sobre la atención de enfermería proporcionada por los alumnos.</p> <p>Opinión de los pacientes sobre la atención recibida por los alumnos.</p> <p>Criterio del evaluador para medir la percepción del alumno, en relación al nivel de su formación como producto de la clínica.</p> <p>Opinión de los alumnos del nivel de su formación como producto de la enseñanza clínica de enfermería.</p> <p>Criterio del evaluador sobre aumento del interés de los alumnos por la carrera de enfermería al finalizar una asignatura clínica de enfermería.</p> <p>Opinión de los alumnos respecto al aumento de su interés por la carrera de enfermería al finalizar la asignatura clínica de enfermería.</p>

por ítems y por instrumentos; para determinar el nivel de significación de las diferencias encontradas se aplica la prueba de la mediana, proponiendo como nivel de significación 0,05 y 0,01 para determinar en distribución de las diferencias aquellas que son estadísticamente significativas y altamente significativas.

CONCLUSIONES

Las conclusiones de esta tesis se proyectan a poder acreditar el mérito del programa de la asignatura en estudio respondiendo a las interrogantes planteadas de cómo influyen las estrategias, el contenido del programa y las características del educando en la formación de la enfermera/o.

Para evaluar el mérito del programa se ha considerado como criterio el nivel de significación de las diferencias encontradas en el análisis comparativo y el nivel de medida alcanzado por las variables evaluadas.

Por lo tanto, se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- En razón de si las expectativas y criterios de excelencia discrepan o no discrepan en forma significativa con las observaciones y opiniones sobre las variables evaluadas, se determinó su influencia desfavorable o favorable en la formación del profesional de enfermería.
- En razón del nivel de medida alcanzado por las variables evaluadas, se estimó que estas influyen favorablemente en la formación de la enfermera/o cuando alcanzan las dos categorías más altas del nivel de calidad e influyen desfavorablemente cuando corresponden a las tres categorías más bajas de calidad de la escala.

Analizando las variables evaluadas en base al cumplimiento de estos criterios, podemos catalogarlas: en aquellas que cumplen en un 100% con los criterios planteados, como factores favorables o facilitadores que ayudan y apoyan el proceso de formación de la enfermera; en aquellas variables que cumplen en menos del 80% con estos criterios, como factores desfavorables, u obstaculizadores que interfieren con el proceso de formación, y en aquellas que cumplen del 80% al 99% de los criterios determinados, como factores aceptables o de nivel intermedio, tales como: variables en cuyas evaluaciones participan varios jueces que emiten opiniones diferentes y que en el análisis estadístico alguna discrepancia es significativa, aunque las apreciaciones correspondan a niveles de calidad altos; o variables cuyas evaluaciones correspondan a un nivel de calidad intermedio; aunque las diferencias encontradas en el análisis comparativo no sean significativas.

De acuerdo con estos criterios determinados para evaluar el mé-

rito del programa, podemos identificar en las estrategias, en el contenido y en las características del estudiante, factores favorables, aceptables y factores desfavorables, los cuales promueven o interfieren en la formación de la enfermera/o.

Resultados y conclusiones referentes a estrategias

Como factores favorables identificamos aquellas variables que no discrepan significativamente, cuyos valores se ubican en las categorías más altas, tales como: la calidad del programa escrito, los antecedentes académicos de los profesores, las técnicas de enseñanza clínica de enfermería, el sistema de evaluación de aprendizaje y la calidad de los aspectos de planificación, organización y desarrollo de la enseñanza clínica.

Como factores aceptables, identificamos las conductas docentes efectivas en la interacción con el alumno durante la enseñanza clínica, debido a que las diferencias entre expectativas y observaciones de los alumnos y entre criterio de expertos y opiniones de los alumnos sobre estas son altamente significativas. No obstante, según las observaciones de los profesores, alumnos y evaluador, estas conductas se manifiestan casi siempre y con bastante frecuencia, es decir, sobre el 60% de las veces en el período habitual de práctica. Además hay congruencia entre expectativas y observaciones de los profesores y entre el criterio de expertos y la opinión de profesores, sobre la manifestación de conductas docentes efectivas (que corresponde a casi siempre) durante un período habitual de práctica. Por estas razones se determinó catalogarlas en un nivel intermedio, de aceptable.

Como factores desfavorables, identificamos los campos clínicos utilizados en el desarrollo de la asignatura, debido a que las características que promueven experiencias educativas, se manifiestan con una frecuencia inferior al 60% y porque las diferencias, entre expectativas y observaciones de profesores y alumnos respecto a los campos clínicos donde realizaron las experiencias clínicas, son altamente significativas; igualmente las diferencias, entre criterio de expertos y opinión de profesores y alumnos respecto a todos los campos clínicos utilizados durante la enseñanza clínica de enfermería, son altamente significativas.

Resultados y conclusiones referente al contenido

Como factores favorables identificamos las variables que muestran un nivel en las dos categorías más altas y que las diferencias entre expectativas y observaciones no son significativas, tales como:

- Dominio en conceptos y desarrollo de actitudes profesionales como conductas de entradas.
- Desarrollo de técnicas de enfermería básicas durante la enseñanza clínica, como conductas de transición.
- Dominio en conceptos propios de la asignatura y en la aplicación de conocimientos en situaciones de simulación clínica como conductas de salida.
- Dominio en la aplicación del proceso de atención de enfermería.
- Calidad de la atención de enfermería que proporcionan los alumnos a sus pacientes como conductas de salida.

Como factores aceptables, identificamos las variables cuyas diferencias son significativas en algunas de sus evaluaciones, tales como:

- La elaboración de planes de cuidado como conductas de salida en que hay congruencia respecto al dominio aceptable pero hay discrepancia respecto al dominio óptimo y a la falta de dominio en la elaboración de planes de cuidado como conductas de salida.
- Dominio en técnicas de enfermería básica como conductas de salida, en que las diferencias entre expectativas y observaciones de los profesores con respecto al dominio aceptable y óptimo no son significativas pero entre expectativas de profesores con respecto al dominio óptimo y las observaciones del evaluador las diferencias son significativas.
- Actitudes profesionales como conductas de salida debido a que las diferencias entre expectativas de los profesores y autoevaluaciones de los alumnos son altamente significativas no obstante que las diferencias entre expectativas de profesores y sus observaciones y las observaciones de los alumnos sobre un compañero no son significativas y que las conductas indicadoras de estas actitudes se manifiestan con bastante frecuencia (60–95% de las veces).

Como factores desfavorables identificamos que solo la mayoría de los alumnos ingresa a la asignatura con dominio aceptable en las técnicas de enfermería básicas, discrepando con los profesores quienes esperan que todos muestren dominio aceptable. Las diferencias son altamente significativas.

Al analizar la variable técnica de enfermería básica como antecedente, transacción y producto, se visualiza que solo la mayoría de los alumnos ingresa con dominio aceptable en técnicas de enfermería básica de entrada; que los alumnos desarrollan estas técnicas, y las propias de la asignatura solo con frecuencia (30–59% de los días de práctica), durante la enseñanza clínica y que como producto egresan todos los alumnos con dominio aceptable y algunos, del 30 al 64% de ellos, con dominio óptimo.

Resultados y conclusiones referentes a características del estudiante

Como factores facilitadores identificamos aquellas variables que muestran un nivel en las dos categorías más altas y que las diferencias encontradas entre expectativas y observaciones no son significativas, tales como:

- Antecedentes personales y de salud de los estudiantes como antecedentes de entrada y de salida de la asignatura.
- Antecedentes académicos de los estudiantes como producto de la enseñanza clínica de la asignatura en estudio.
- Interés mostrado por los alumnos en el desarrollo del quehacer de enfermería durante la enseñanza clínica.
- Percepción de los estudiantes del aumento de su interés en la carrera de enfermería al egresar de la asignatura clínica en estudio.

Como factores aceptables identificamos:

- Antecedentes académicos de los estudiantes y su interés por la carrera de enfermería como antecedentes de entrada de la asignatura, debido a que, no obstante que las diferencias entre expectativas y observaciones de estas variables no son significativas, presentan algunas medidas en niveles inferiores de las dos categorías más altas de calidad establecidas, como por ejemplo prueba de aptitud académica y preferencia por la carrera.
- Interés de los alumnos por actividades de enfermería observadas y desarrolladas durante la enseñanza clínica, debido a que este interés se manifiesta desde que todos los alumnos perciben actividades muy agradables hasta que muy pocos de ellos perciben actividades muy desagradables o inaceptables, siendo la primera categoría congruente y la última significativamente distinta de las expectativas del evaluador, como por ejemplo el observar a la enfermera realizar actividades que no corresponden a su función.

Habiendo juzgado en forma separada los tres elementos que componen el sistema curricular de la asignatura "Clínica de Enfermería del Adulto y Anciano" nos corresponde emitir un juicio integral referente al mérito del curso como sistema en su totalidad, con el propósito de acreditar este programa de enseñanza clínica de enfermería para la formación de la enfermera/o.

Analizando los resultados de la evaluación de los tres elementos curriculares, estrategias, contenido y educando, en razón de los criterios establecidos para valorar el mérito del programa, podemos inferir que la mayoría, del 65 al 99% de las variables evaluadas, constituyen factores

facilitadores y que muy pocas de ellas, menos del 30%, corresponden a factores obstaculizadores del programa. Como factores obstaculizadores identificamos:

- Que no todos los alumnos ingresan a la asignatura con dominio aceptable en técnicas de enfermería básicas, como son las expectativas de los profesores. Esto influye directamente en el desarrollo de las técnicas de enfermería básicas, propias de la asignatura y por consecuencia en las conductas de salida, ya que no todos los alumnos logran el dominio óptimo esperado por los profesores en el período de enseñanza clínica.
- Que los campos clínicos utilizados para el desarrollo de la enseñanza clínica de enfermería, no ofrecen las condiciones esperadas por profesores, alumnos y expertos, para favorecer experiencias educativas.

Si bien es cierto que se encontraron factores desfavorables, los resultados derivados de esta evaluación curricular destacan que la mayoría de las variables evaluadas de la asignatura clínica favorecen la formación de la enfermera, lo que nos avala para determinar que la calidad de este programa corresponde a un nivel razonablemente adecuado y nos fundamenta para concluir que la enseñanza clínica de enfermería, organizada como programa de la asignatura "Clínica de Enfermería del Adulto y Anciano" constituye un medio eficaz para la formación de la enfermera dentro del plan de estudios de la carrera de enfermería de la Universidad de Concepción.

BIBLIOGRAFIA

- Armstrong, G. Parametric Statistics and Ordinal Data: A Persuasive Misconception. *Nursing Research* 30(1), 1981.
- Belth, M. *La Educación como Disciplina Científica*. Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1981, p. 239.
- Bevis, O. *Curriculum Building in Nursing. A Process*. Saint Louis, The Mosby Co., 1973, p. 168.
- Bloch, D. Interrelated Issues in Evaluation and Evaluation Research. A Researcher's Perspective. *Nursing Research* 29(2):69-73, 1980.
- Bradley, J. Nurse, Attitudes Toward Dimensions of Nursing Practice. *Nursing Research* 32(2), 1983.
- Comi, J. Nursing Education and Job Effectiveness. *Nursing Research* 32(1), 1983.
- Crosly, M. Teaching Strategies: A Micro Teaching Project for Nurses in Virginia. *Nursing Research* 26(2), 1977.
- Daniel, W. *Estadística con aplicaciones a las ciencias sociales y a la educación*. Bogotá, Colombia, Editorial McGraw-Hill, 1981.
- Deiman, P. A. Aspectos generales de la evaluación de enfermería. *Revista Enfermería* N° 54, octubre-diciembre de 1977, p. 9-16.
- Dewey, J. *Experiencia y Educación*, 8° Ed. Buenos Aires, Losada, 1964, p. 117.
- Goring, P. *Manual de Mediciones y Evaluación del Rendimiento en los Estudios*. Buenos Aires, Editorial Kapelusz, 1973, p. 204.
- Grassau, E. Técnicas e Instrumentos para la Evaluación del Currículo. En: *Boletín de Educación*. Publicación semestral de la

- Oficina Regional de la UNESCO, N° 14, julio-diciembre de 1973, pp. 27-39.
- Gronlund, N. *Medición y evaluación de la enseñanza*. México, Editorial Pax, Centro Regional de Ayuda Técnica, 1972.
- Heidgerken, L. *The Nursing Student Evaluates her Teachers*. Philadelphia, Lippincott Company, 1952, p. 124.
- Hogwyvary, S. An Evaluator's Perspective. *Nursing Research* 29(2):91, 1980.
- Huckabay, L. Cognitive Affective Consequences of Grading versus Nongrading of Formative Evaluations. *Nursing Research* 28(3), 1979.
- Infante, M.S. *The Clinical Laboratory in Nursing Education*. New York, John Wiley Sons, Inc., 1975.
- Kmegeer, J. Establishing Priorities for Evaluation and Evaluation Research. A Nursing Perspective. *Nursing Research* 29(2):115, 1980.
- Kneller, G. F. *Lógica y Lenguaje en la Educación*. Buenos Aires, Editorial Ateneo, 1966, p. 77.
- Lauforcade, P. *Planeamiento, Conducción y Evaluación en la Enseñanza Superior*. Buenos Aires, Editorial Kapelusz, 1974.
- Lemus, L. A. *Manual de Evaluación del Rendimiento Escolar*. Buenos Aires, Editorial Cultural Centroamericana, 1966.
- Lewy, A. *Manual de Evaluación Formativa del Currículo*. Colombia, Voluntad Editores, Editorial de la UNESCO, 1976, p. 298.
- Leyton, M. *Planeamiento Educacional*, 3ª ed. Santiago, Chile, Editorial Universitaria, 1974, p. 182.
- Linch, E. The What, Why and When Evaluation. Curriculum Evaluation. Methods and Tools. En: Faculty Curriculum Development. Part II. *Curriculum Evaluation*. New York, National Department of Baccalaureate and Higher Degree Programs for Nursing, 1974, p. 32.
- Livas, G. I. *Análisis e Interpretación de los Resultados de la Evaluación Educativa*. México, Editorial Trillas, 1980.
- Martin de Carvalho, H. *Introdução a teoria do planejamento*. Brasil, Editorial Brasiliense, 1976, p. 105.
- McGuire, Ch. Evaluación del profesorado y de la eficacia docente. En: Miller, George y Tomás Fulop, *Estrategias Educativas para los Profesores de la Salud*. Directores del Centro para el Desarrollo de la Enseñanza. Facultad de Medicina, Universidad de Illinois, Chicago. División de Formación y Perfeccionamiento del Personal de la Salud, OMS, Ginebra, 1975.
- Meleca, B., Schimphauser, F. T. y Witteman, J. K. *A Comprehensive and Systematic Assessment of Clinical Teaching Skills and Strategies in the Health Sciences*. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Public Health National Service. National Library of Medicine, 1978.
- Olivares, M. A. y Rojas O. V. *Construcción de un instrumento para medir el grado en que se presentan las actitudes: estimulante, interesado, comunicador y responsable en los docentes de la Universidad Católica de Chile*. Tesis para optar el grado de Magister en Educación, Escuela de Educación, Universidad Católica, 1976.
- Poplham, J. W. *Educational Evaluation*. New York, Prentice Hall Co., 1975.
- Prieto, A. *Construcción de un Instrumento de Evaluación de Comportamiento Máximo*. Trabajo presentado en la asignatura Evaluación Educativa Avanzada. Programa Magister en Educación, 1979.
- Richards, A. One Integrated Curriculum: An Empirical Evaluation. *Nursing Research* 26(2), 1977.
- Rines, R. A. *Evaluación del Aprendizaje en Enfermería*. México, La Prensa Mexicana, 1973.
- Rodríguez, C. *Evaluación del Aprendizaje Escolar*, 2 ed. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1980.
- Royo, T., Pérez, J. y Cornejo, E. *Algunos factores extracurriculares que influyen en el rendimiento académico y deserción escolar del alumno de la carrera de enfermería*. Trabajo presentado en el Congreso Nacional de Enfermería, Temuco, 1977.
- Ruiz, M. et al. Programa de enseñanza de medicina general integral: conceptualización y estrategias para su evaluación. *Educ Med Salud*. 17(3):227-242, 1983.
- Schweer, J. y Gebbie, K. *Creative Teaching*

- in *Clinical Nursing*. Saint Louis, The C.V. Mosby Company, 1976, p. 209.
- Schwirian, P. Evaluating the Performance of Nurses. A Multidimensional Approach. *Nursing Research* 27(6), 1978.
- Soto, V. y Riquelme, C. *Diseño de cursos universitarios*. Santiago, Chile. Talleres Gráficos de Flech Ltda., 1978.
- Stake, R. La Imagen de la Evaluación Educativa. Documento presentado en el Cuarto Seminario Interamericano de Investigación Educativa sobre Evaluación de Sistemas Educativos. San José, Costa Rica, Centro Multinacional de Investigación Educativa, 1976.
- Tartarini, E. *Evaluación Escolar. Elementos de Estadística Aplicada*. Santiago, Chile. Editorial Universitaria, 1974, p. 182.
- Torres, G. Curriculum Process, Problems and Concerns. Composite of Program and Terminal Behavior Objectives of Baccalaureate Nursing Programs. En: Faculty Curriculum Development, Part I. *The Process of Curriculum Development*. New York, Department of Baccalaureate and Higher Degree Programs, National League for Nursing, 1974, p. 102.
- The Need For and Concerns Relating to Curriculum Evaluation. Curriculum Evaluation for Today and Tomorrow. En: Faculty Curriculum Development, Part II, *Curriculum Evaluation*. New York, Department of Baccalaureate and Higher Degree Programs, National League for Nursing, 1974, p. 52.
- Traldy, L. L. *Curriculo Conceituação e Impliçoes*. São Paulo, Editora Atlas, S.A., 1977, p. 75.
- Curriculo Metodología de Evaluación*. São Paulo, Editora Atlas, S.A., 1977, p. 84.
- Travelbee, J. Intervención en enfermería psiquiátrica. El proceso de la relación de persona a persona. Philadelphia, Davis Company, 1979.
- Vacek, P. y Ashikaga, T. Educational Program Evaluation: The University of Vermont Family Nurse Practitioner Program. *Nursing Research* 27(1), 1978.
- Van Dalen, D. y Meyer, W. *Manual de Técnica de la Investigación Educativa XX*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1971, pp. 77-78.
- Wholey, J. Perspective on Evaluation from the N.S. Department of Health, Education, and Welfare. *Nursing Research* 29(2): 209, 1980.
- Williamson, J. Information Management in Quality Assurance. *Nursing Research* 29(2):78-82, 1980.
- Woody, M. An Evaluations Perspective. *Nursing Research* 29(2):69-73, 1980.
- Worthen, B. y Sanders, J. R. *Educational Evaluation: Theory and Practice*. Belmont, Wadsworth Publishing Co., 1973.
- Yura, H. The Who in Curriculum Evaluation. Accreditation and Evaluation Process. En: Faculty Curriculum Development, Part II. *Curriculum Evaluation*. New York, Department of Baccalaureate and Higher Degree Programs, National League for Nursing, 1974, p. 102.

CARACTERÍSTICAS ECONÔMICAS DA MEDICINA LIBERAL¹

Roberto P. Nogueira²

OS LUGARES DA PRÁTICA

O ato médico é essencialmente um serviço — e um serviço de natureza pessoal — que exige contato imediato entre o prestador e o consumidor dessa forma particular de trabalho. Se o ato médico não atua, o prestador ou o consumidor, deve se mobilizar a fim de propiciar um encontro entre ambos e para que o serviço seja brindado.

Relatam os historiadores da Medicina que, na Antiguidade Clássica, os médicos perambulavam por diversas cidades e iam, de casa em casa, oferecendo seus préstimos para quem deles quisesse fazer uso — a terapêutica interna, a cirurgia e a dietética (1).

Descartada essa modalidade muito singular de venda de serviços médicos, há de se reconhecer que existem somente três formas clássicas de mobilização para o ato médico:

- a) o médico vai ao domicílio do cliente, quando sua presença é expressamente solicitada;
- b) o cliente busca o lugar específico de trabalho do médico, ou seja, seu consultório;
- c) os dois se encontram num ambiente coletivo e tecnicamente diferenciado, o hospital.

Essas três modalidades de encontro do médico com seu paciente mais ou menos co-existem, com distintos significados e formas de desenvolvimento, ao longo de toda a história. O médico hipocrático dispunha

¹ Este artigo é o segundo de uma série sobre a medicina liberal analisada como forma de organização social das práticas de saúde, que se iniciou com: "La medicina liberal y el mercado de trabajo en salud. Que es la medicina liberal? *Educ Med Salud* Vol 22, No. 2, 1988.

² Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade do Rio de Janeiro.

de um IATREION, ou seja, uma oficina de trabalho, como os demais artesãos daquela sociedade. Por outra parte, “hospitais” existiram na Antiguidade, na Idade Média e no período colonial dos países de Novo Mundo.

Porém, é a maneira como esses lugares foram estruturados dentro das relações próprias a cada forma de organização social da prática médica que é o mais interessante de ser analisada e, quanto a este ponto, a maioria dos historiadores da Medicina se mostram omissos ou claramente se equivocam. Também a medicina liberal, como forma histórica de organização social da prática médica merece ser analisada e a maioria dos historiadores da medicina se mostram igualmente omissos ou estão claramente equivocados.

A medicina liberal, como forma histórica de organização social da Medicina, combina esses três *loci* de prática técnica, mas estabelece uma nítida hegemonia do trabalho em consultório. Tal hegemonia traduz-se não só no plano econômico como também no político-ideológico, pois no consultório é onde aparecem as condições supostamente ideais para um fecho “diálogo singular” entre o médico e seu paciente.

Neste artigo, procurar-se-á examinar as bases econômicas da medicina liberal, deixando para um próximo o estudo dos aspectos organizacionais e ideológicos.

O PRIMADO DO CONSULTÓRIO

O médico liberal típico, que nos países de América Latina, surge como figura proeminente do cenário social durante as primeiras décadas deste século, é um profissional de múltiplas atividades. Ele visita pacientes em seus domicílios, medica na enfermaria de um hospital filantrópico, dedica algum tempo a um dispensário de saúde pública, ensina uma cátedra de clínica ou cirurgia da faculdade médica, e assim por diante. Mas, sobretudo, o médico liberal atende seus pacientes em consultório privado. Esta é sua forma específica de trabalho, de onde extrai o fundamental de seus rendimentos monetários e a partir do qual elabora sua visão do mundo.

A possibilidade de fazer do atendimento em consultório a base primordial de uma ocupação pressupõe uma série de desenvolvimentos histórico-sociais que podem passar despercebidos e por isso mesmo convém mencioná-los aqui:

a) os indivíduos em condições de pagar por esses serviços vivem na mesma comunidade ou em comunidades próximas, porém sempre dentro de um contexto urbano; a medicina liberal exige um determinado grau de concentração de necessidades e de recursos o que é típicos das cidades, com a transferência definitiva para esse ambiente das classes dominantes e intermediárias de uma sociedade;

b) os meios de transporte se tornaram relativamente rápidos e

eficientes, facilitando inclusive o deslocamento dos que “não se sentem bem”;

c) já existem formas apropriadas de comunicação, como o telefone, que possibilitam ao médico organizar sua agenda de atendimento, manter-se em contato com os pacientes e seus familiares, orientar o farmacêutico, etc (2).

Deste modo, o “médico a cavalo”, que se deslocava penosamente para visitar seus pacientes em áreas rurais remotas, é uma figura que corresponde a um período prévio ao estabelecimento da verdadeira medicina liberal (3).

Além desses requisitos de amadurecimento das forças produtivas sociais, a medicina liberal pressupõe que a sociedade já esteja imersa numa ampla rede de relações mercantis, isto é, que a circulação de mercadorias e a venda de diversas formas de serviços sejam generalizadas. A consulta médica aparece, então, como um caso particular de troca sistemática de bens e serviços por seu equivalente monetário, que se dá em toda a sociedade.

Nas nações latino-americanas essas condições surgem, evidentemente, apenas quando se consolida o chamado modelo agro-exportador, com seu sem número de mediações mercantis e financeiras que criam e fazem vicejar uma ampla população urbana. É dela que se extraem os consumidores individuais dos serviços prestados pela medicina liberal, ao mesmo tempo que os trabalhadores esboçam algumas formas rudimentares de consumo mutualista de serviços médicos.

Essas forças econômico-sociais moldam os serviços prestados pelo médico e o inserem numa rede de relações de troca com caráter eminentemente capitalista. Dá-se uma espécie de homogeneização do produto do trabalho médico, tanto em seu aspecto de valor de uso como no de valor de troca. A consulta expressa justamente essa unidade de valor de uso/valor de troca.

Uma consulta envolve, em primeiro lugar, um certo padrão de utilização do tempo de trabalho de um médico; há uma tendência geral em fixar uma média de tempo devotado ao atendimento de cada paciente. Por outro lado, essas frações de tempo de disponibilidade de trabalho do médico tendem também a assumir um preço médio entre o conjunto dos prestadores desse serviço.

É claro que o preço da consulta, como manifestação do seu valor de troca, depende de fatores tais como a qualificação especial do médico, sua fama, etc. Mas, em cada momento, não é nada difícil detectar uma média normativa entre os preços cobrados pelos diferentes profissionais (abstraímos aqui a situação particular da cirurgia, onde o problema do risco introduz uma série de variáveis circunstanciais, que influenciam sobre o preço). Ademais, a própria corporação médica trata de converter o preço da consulta em um item importante do seu código de ética, especialmente

tendo em vista a prevenção da prática de preços muito abaixo da média, o que é considerado uma ação “desleal”.

Em outras palavras, o primado do consultório, alcançado pela medicina liberal, proporciona a entrada definitiva dos serviços dos médicos num mercado competitivo. É a primeira vez, na longa trajetória de compra e venda de seus serviços, que o mercado passa a ter um efeito realmente regulador das unidades de trabalho e do valor da própria força de trabalho que lhe dá origem.

O que se supõe, em termos meramente econômicos, a partir do exposto, é que a soma das unidades discretas de valor de uso/valor de troca (o tempo total dedicado ao atendimento em consultório) seja capaz de reproduzir, para o empresário, o valor socialmente estabelecido da força de trabalho (como o fará em futuro não muito longínquo), mas este vende seu tempo de trabalho em unidades discretas que lhe devem prover um rendimento global capaz de garantir a manutenção de sua capacidade de trabalho, nas condições sociais vigentes.

Essa é uma situação nova já que, anteriormente, o preço da consulta e o próprio tempo de utilização eram fortemente influenciados por fatores não mercantis. O “médico o cavalo” ou o praticante rural do século XIX não tinha, nem podia ter, um preço fixo para seus serviços. Frequentemente, o que era cobrado dependia do tipo de relação interpessoal ou das posses do paciente.

A medicina liberal de consultório “despersonaliza” a relação mercantil e, simultaneamente, “personaliza” a relação técnica — e este é um preceito iniludível de seu código deontológico: cada paciente é um indivíduo e, como tal, deve ser diagnosticado e tratado, mas o serviço, em sua unidade mais simples, a consulta, tem um preço que não depende das características do consumidor (4).

Isso não elimina a possibilidade de desenvolver uma dimensão complementar, personalizada também no plano financeiro, através de um círculo de famílias que atende como “clientela cativa”. O médico liberal de consultório é também um “médico de família”, mas esta relação, que lhe assegura renome e posição junto aos estratos sociais mais elevados, não é o canal fundamental de seu crescimento econômico.

Ademais, ele realiza uma série de atividades socialmente valorizadas, das quais pode obter um provento suplementar ao rendimento do consultório. Nenhum médico liberal de renome, em qualquer latitude, jamais deixou de dedicar uma parte de seu precioso tempo ao atendimento de indigentes em hospitais filantrópicos como também ao ensino da Medicina, segundo o velho sistema de cátedras.

Ao contrário do que é modernamente uma disciplina num determinado departamento de ciências de saúde, a cátedra era sempre de um Doutor Fulano. Igualmente, num hospital universitário, o sistema personalizado exigia a distinção de cada enfermaria como a do Professor Fulano,

e assim era mantido o esquema honorífico de retribuição do grande médico liberal, fora de seu consultório.

Todos esses trabalhos beneméritos (já que muitas vezes o pagamento percebido nada mais era que simbólico) o compreendiam pela perda da "auréola" ocasionada pelo sistema mercantil do consultório. Aliás, há que mencionar que a idéia de "mercantilização da Medicina" é algo explicitamente rejeitado pelo código de ética liberal. O que o médico deve receber nada mais e que um "honorário", uma justa recompensa monetária por seus serviços de "inestimável valor". Neste particular, a ideologia liberal trata de tecer toda uma gama de nuances que busca garantir uma livre concorrência saída entre pequenos produtores, denunciando, como excrecências, tanto a tendência ao assalariamento do trabalho como o empresariamento da atividade médica.

Portanto, a prática privada de consultório era de todo proeminente e determinante, mas não excluía uma grande variedade de atividades paralelas que, em última instância, lhe eram canalizadas através do aumento do prestígio do médico e da ampliação de seus conhecimentos e habilidades.

A SUBORDINAÇÃO DAS DISTINTAS ATIVIDADES

Do exposto, segue-se que o característico da medicina liberal não é a exclusão da atividade assalariada, mas a subordinação do conjunto das suas atividades ao esquema de reprodução mercantil simples que marca a relação de compra e venda de consultas. As atividades cumpridas ob-soldo (já que é melhor reservar a palavra salário para uma subordinação real a uma relação capitalista) não se revestem, em si mesmas, de uma funcionalidade econômica.

Se todas as atividades de assistência e docência do médico liberal clássico se submetem às determinações mercantis peculiares ao trabalho em consultório, da mesma maneira, a classe médica, como um todo, inclusive os demais praticantes, tais como os boticários, com sua forma artesanal de preparação e venda de medicamentos, subordinam-se nesse momento, ao domínio das relações mercantis que prevalecem na sociedade.

Pode-se dizer, que a medicina liberal é produto da etapa do desenvolvimento capitalista que, por coincidência, é também chamada "liberal", por oposição, à etapa "monopolista" que se lhe segue. Esta caracterização é muito genérica, entretanto, e pouco útil, porque duas situações complicam bastante o quadro da análise: aquilo que é específico do desenvolvimento das sociedades dependentes (e de seu "capitalismo tardio") e a continuidade das formas "liberais" da prática médica ao longo do período seguinte (e mantendo-se até os dias atuais). Vale dizer que a "subordinação mercantil" deveria ser sempre objeto de estudo de casos nacionais, espe-

cialmente porque existem condicionantes decisivos ao nível da conformação das relações entre Estado e sociedade.

Em sua evolução, dentro de cada contexto nacional, haveria de se distinguir em que momento aparece a modalidade clássica e em que circunstâncias ela vai se transmutando numa forma neoliberal, que convive, mesmo que conflitivamente, com a penetração crescente do capital no setor, e a presença do Estado como prestador direto de serviços de saúde.

No que tange esse processo, é interessante acompanhar a mudança de posição de atitude das agremiações médicas: as entidades tratam de rejeitar, inicialmente, qualquer vínculo com o mutualismo e o seguro social, mas enquanto isso, já muitos praticantes, menos eméritos, se deixam assalariar por essas instituições de trabalhadores; posteriormente, reconhecem, como legítimos, os objetivos da seguridade social, mas que se mantenha a condição uma remuneração por unidade de serviço e com livre-escolha dos médicos.

A passagem da medicina liberal clássica à medicina neoliberal, a qual, em nossos dias, é apenas um segmento da forma moderna de organização social das práticas de saúde, ocorre por mudanças não só nas relações econômicas internas como também por subordinação ao capital dentro do conjunto da sociedade.

Para o médico liberal clássico, a mercadoria mais útil e valiosa de que dispõe é sua própria força de trabalho, com sua qualificação peculiar. A legitimidade obtida junto a um centro universitário confere-lhe quase tudo que é necessário para se instalar como médico; os meios de trabalho, incluída a infraestrutura física do consultório, representam custos reduzidos, facultados sem maiores problemas por poupanças individuais ou familiares.

Assim, o mercado de trabalho do médico liberal clássico não é mediado pelo capital. Ou seja, como pequeno comerciante, esse médico se subordina a relações de compra e venda, mas se situa, por assim dizer, à margem da acumulação capitalista. Inúmeros episódios da história médica, de rebeldia contra avanços do capital e de iniciativas do Estado, demonstram o quanto se enraizou no grupo profissional o preceito de autonomia como representação de relações mercantis hipostasiadas.

Quando o capital começa a invadir o campo da produção de medicamentos, a ética corporativa se insurge contra a idéia de limitar o médico à função de prescrever uma droga padronizada; a capacidade de indicar os ingredientes básicos de cada preparado farmacêutico havia sido, por muito tempo, uma prerrogativa e uma manifestação patente da especialidade do saber médico (5).

A medicina neoliberal já não alberga tais ilusões. Em primeiro lugar, ela se submete diretamente às relações capitalistas; a complexidade técnica da Medicina, a necessidade de trabalho administrativo e auxiliar, fazem com que um consultório moderno seja caracterizado como um nifido

investimento de capital. O médico se transforma não só num empresário de si mesmo, mas detém frações maiores ou menores de “capital constante” e “capital variável”. Neste sentido, o consultório é um exemplo típico de uma micro-empresa inserida na dinâmica da acumulação capitalista.

O grande problema para esse novo tipo de pequeno empreendimento não é tanto o de obter o capital necessário para instalá-lo (que, de todos os modos, a depender da especialidade, pode ser considerável), mas o acesso à clientela num contexto onde muitas vezes os estabelecimentos estatais ou parastatais (como os da seguridade social) e as empresas privadas de grande porte criam uma situação de “oligopólio” do mercado de serviços de saúde.

Essa pequena unidade de produção que é o consultório moderno, em forma isolada ou em esquema de cooperação entre os produtores, funciona, mesmo assim, com regras capitalista inequívocas. Ademais, o médico neoliberal e o conjunto das práticas de saúde passam a ter uma conexão direta ou indireta com a indústria de medicamentos e de equipamentos, em outras palavras, entram numa subordinação formal ao grande capital industrial. Para todos os efeitos, a prescrição moderna de medicamentos “presta um serviço” à indústria. Ela é uma engrenagem fundamental em sua produção econômica tal como é a publicidade através dos meios de comunicação de massa.

Essa evolução pressupõe, entretanto, uma descontinuidade; o complexo médico-industrial que marca a moderna forma de organização das práticas de saúde rompe com a medicina liberal nos planos econômicos e político-jurídico e incorpora alguns de seus elementos num segmento específico e subalterno que é a medicina neoliberal. O que é curioso (mas não podemos mais que mencionar aqui) é que muitos dos valores e da visão de mundo da medicina liberal são preservados nessa transformação.

A medicina liberal clássica cultua e exalta o personalismo e o individualismo no tocante à relação médico-paciente e, na esfera econômica, valoriza a concorrência e o mérito individual. Neste particular, sua ideologia mimetiza o liberalismo econômico, mas com particularidades de uma interpretação própria a quem gere um pequeno negócio (a expressão “pequeno burguês”, apesar de muito desgastada, aplica-se adequadamente a este caso).

Há mais de 50 anos, um grande ideólogo da medicina liberal no Brasil, Clementino Fraga, assim escrevia sobre a participação do Estado na prestação de cuidados de saúde:

“A medicina do Estado sujeita o exercício profissional às rédeas do funcionalismo público; prescreve atribuições e deforma, por vezes, a capacidade individual, subordinada à rigidez dos regulamentos em matéria técnica, que lida com as inconstâncias e mutações da biologia humana (. . .) Nada do complexo moral que entre médico e doente eleva e dignifica a profissão; nada da autoridade desejada e refletida, ancorada na livre es-

colha; nada disto subsiste na medicina que se impõe ao cliente e que se exerce sem as afinidades sacramentais da confiança recíproca” (6).

Aparentemente, uma parte significativa dos médicos praticantes que se amoldam como neoliberais, ou como produtores assalariados, irão explicitamente se arremeter numa denúncia de que a “estatização e a mercantilização” da Medicina violam as bases morais e técnicas da legítima relação médico-paciente.

Quanto a esse tema, há de se observar que a medicina liberal, ao longo de toda sua evolução, jamais logrou equacionar com objetividade o problema da assistência de saúde dos trabalhadores e da população em geral. Por isso, desde os tempos das mutualidades, o equilíbrio que os sistemas securitários sociais estabelecem com a prática privada da Medicina é instável e os conflitos são uma constante (7).

A medicina neoliberal se sujeita atualmente, em inúmeros países, a um papel acessório e secundário, complementar às modalidades estatais e/ou empresariais de atendimento de massa.

Aferradas aos valores da autonomia e da livre-escolha, as diversas variantes da medicina liberal manifestam características econômicas e ideológicas de difícil compatibilização com os preceitos de cobertura universal, que vão pouco a pouco se consagrando em todas as latitudes e que estão na base dos distintos processos de transformação dos sistemas nacionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Edelstein, Ludwig. *Ancient Medicine*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1986.
- 2 Starr, Paut. *The Social Transformation of American Medicine*. New York, Basic Books, 1982, pp. 65 ess.
- 3 Algumas narrativas muito curiosas sobre o “médico a cavalo” (que não se identifica apenas com o praticante rural) podem ser lidas em: Turner, E. S. *Call the Doctor, A Social History of Medical Men*, Londres, Michael Joseph, 1958.
- 4 A idéia de que a consulta seja o denominador comum dos serviços prestados pelos médicos e sua unidade contábil foi explicitamente defendida pelo Dr. Castro Goiano, presidente do Sindicato Médico Brasileiro em 1933: “Os atos profissionais podem ser divididos em quatro categorias: consulta, visita, conferência, parto ou operação. O elemento simples que serve de tipo ou modelo é a consulta, que fixa, de um modo geral, a taxa para o cálculo das demais, tirante, é claro, os incidentes ou circunstâncias que as modificam”, in Honorários Médicos, tese oficial apresentada ao segundo Congresso Médico Sindicalista Brasileiro, em Porto Alegre, julho de 1933.
- 5 Um episódio de conflito entre a ética liberal e o início da industrialização no setor farmacêutico é descrito com bastante propriedade em: McTavish, J. R. *Whats a name? Aspirin and the American Medical Association*. *Bull Hist Med* (Outono) 61(3):343-366, 1987.
- 6 Fraga, Clementino. *Erros e Preceitos de Medicina Social*. Rio, E. Guanabara, 1936, pp. 17-18.
- 7 Este é um dos objetos principais de análise do estudo que está sendo conduzido por Carlos Bloch e colaboradores, na Argentina, com apoio da OPAS, e que leva o título: *Corporación médica y estructura de poder: el proceso constitutivo del gremialismo médico, 1920-1945*.

INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL EM ODONTOLOGIA NO BRASIL

Urubatan Vieira de Medeiros¹

INTRODUÇÃO

O conceito de Integração Docente-Assistencial pode ser resumido como sendo a união de esforços, num processo de articulação crescente, entre as Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da comunidade, à produção de conhecimentos e à formação dos recursos humanos necessários, em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino.

Esse conceito contém, em sua totalidade, vários aspectos que se explicitam a seguir:

- A Integração Docente-Assistencial constitui um processo social e, como tal, é parte do processo global de desenvolvimento da sociedade;
- A Integração Docente-Assistencial, como processo, é apenas meio facilitador do objetivo, que é a satisfação das necessidades de saúde das populações, mediante a prestação de serviços adequados;
- A Integração Docente-Assistencial não é restringida à formação de categorias específicas de profissionais ou a alguns níveis do Sistema de Educação ou do Sistema de Prestação de Serviços: compreende todas as categorias profissionais de saúde e todos os níveis de formação de recursos humanos e de prestação de serviços;
- A Integração Docente-Assistencial significa o compromisso claro,

¹ Livre-docente em Odontologia Social, Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, Brasil.

explícito e definido das instituições formadoras e utilizadoras de recursos humanos para melhorar a prestação de serviços, com redefinição de suas práticas, determinação dos recursos humanos necessários e preparação adequada dos mesmos. Desta forma, o processo está centrado na prestação de serviços da qual flui a identificação de necessidades de recursos humanos e as oportunidades para sua preparação;

- Como processo social integrado, a Integração Docente-Assistencial pressupõe e, mais do que isto, requer uma participação ativa da comunidade, dependente de tal processo, o que implica compromissos específicos das Instituições e dos agentes envolvidos no sentido de promover e desenvolver mecanismos que permitam essa participação;
- Nas condições institucionais existentes no Brasil, a Integração Docente-Assistencial deve ser realizada respeitando a individualidade e das instituições envolvidas no processo, com a especificação das responsabilidades próprias e comuns, mas sem a substituição ou predomínio de umas sobre outras;
- A Integração Docente-Assistencial implica também um processo de formação do saber e de crítica que, nascendo e desenvolvendo-se em função da realidade, permite sua adequada compreensão e a formulação dos instrumentos para sua transformação e
- A Integração Docente-Assistencial importa também um conceito que se diferencia do processo tradicional de ensino e aprendizagem, centrando-se em torno a vivências práticas e concretas, em função das quais os conteúdos acadêmicos devem ser desenvolvidos, com a participação ativa dos aprendizes em todo o processo.

No Brasil, o Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA) foi criado pelo Ministério da Educação e Cultura através da Secretaria de Ensino Superior (MEC/SESu) em 1979 (1).

EXPERIÊNCIAS ANTERIORES

Apesar do programa ter sido institucionalizado em 1979, encontramos algumas experiências anteriores com a filosofia de Integração Docente-Assistencial, como a descrito por Kersting (2), ao relatar a experiência de um plano integrado de saúde bucal com a utilização de acadêmicos de último ano de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Esse plano ocorreu

no período de 1966 a 1968 e teve a participação da Secretaria de Educação e da Prefeitura Municipal, e suas atividades ocorriam dentro do horário da disciplina de Odontologia Social e sob supervisão de um professor da mesma disciplina. O autor considera que o programa colheu resultados bons e positivos para os estagiários, que tiveram a oportunidade de experimentar a realidade de uma clínica escolar, desenvolver habilidades e aplicar conhecimentos adquiridos no curso de formação, trazendo reflexos positivos, devido à extensão do ensino realizado fora do ambiente do curso, para a comunidade — principal beneficiada nesse processo.

Tumang e Moreira (3) fazem um relato dos resultados obtidos no período de 1970 a 1974 em um programa de Integração Docente-Assistencial, direcionado para escolares da zona rural de Piracicaba, São Paulo, que contou com a participação da Faculdade de Odontologia e da Prefeitura Municipal através de convênio firmado em 1969. Numa análise sobre o desempenho do programa os autores disseram acreditar que os resultados obtidos são bons para programas dessa natureza (sistema incremental utilizando a filosofia da Odontologia Simplificada). Os alunos do curso de graduação consideram a experiência válida, principalmente pelo estímulo encontrado em relação ao aumento de produtividade e através da verificação de que é possível o exercício de uma Odontologia de bom nível técnico com equipamento simplificado e de baixo custo. A experiência extramural é encarada como uma forma de demonstração para a teoria de Odontologia Social, cujo ensino, antes da implantação do estágio, limitava-se à parte teórica. Em sua fase inicial, relatam os autores, o programa encontrou algumas resistências entre membros docentes das clínicas mas, com o decorrer do tempo, tais resistências desapareceram.

Também Couto, Aguiar e Lyra (4) descreveram, em 1971, a experiência Docente-Extramural realizada na Faculdade de Odontologia de Pernambuco, com a participação da Secretaria de Educação e da Prefeitura Municipal. A experiência objetivou levar o futuro profissional fora do âmbito da clínica intramural da Faculdade, contribuindo para a criação de uma consciência social e preventiva e, ao mesmo tempo, proporcionar uma oportunidade clínica maior e melhor objetividade no ensino.

O “Projeto Saúde Bucal”, desenvolvido pela Fundação Educacional do Distrito Federal, Brasília, de acordo com Pereira (5), presta assistência odontológica ao escolar com utilização integral de pessoal auxiliar formado em serviço. Essa instituição pode ser considerada como modelo de inovação em termos de Brasil por conseguir, sem perda da qualidade dos serviços prestados, aumentar a cobertura e diminuir os custos através da utilização de equipamentos simplificados, padronização de equipamento, instrumental, material e das técnicas, e da desmonopolização do saber odontológico. O autor enfoca, de maneira irrefutavelmente clara, que a utilização de pessoal auxiliar não só acarreta uma redução considerável nos custos, como propicia um atendimento melhor para um contingente

da população na faixa etária em que a incidência da cárie dental é das mais elevadas.

PROJETO CAPES/ODONTOLOGIA — DOCÊNCIA E SERVIÇOS

Em 1977, o Ministério da Educação e Cultura, através da Secretaria de Ensino Superior (SESu) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), criou o “Projeto de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino Superior” — PADES. O objetivo principal deste projeto é propiciar uma melhoria no processo de ensino-aprendizagem nas áreas em que há grande demanda e onde os problemas exigem soluções rápidas e eficazes. A Odontologia foi uma das áreas em que o PADES, desde o seu início, concentrou esforços e recursos.

Em dezembro de 1978, a SESu e a CAPES promoveram em Campinas, São Paulo, o “Seminário de Ensino Odontológico”, onde de todas as Escolas de Odontologia convidadas, 32 compareceram. O objetivo do seminário era avaliar quatro projetos inovadores e estimular, através dessa estratégia, a participação das 32 Escolas no processo de melhoria e adequação do ensino. Nessa reunião, os 32 diretores de escolas presentes fizeram uma análise crítica sobre os problemas relacionados com a formação de recursos humanos em Odontologia e concluíram, entre outras coisas, que as Faculdades de Odontologia no Brasil estavam formando o cirurgião-dentista com um sistema de valores voltados para a realização de uma prática odontológica elitista de alto custo, destinada apenas ao atendimento das classes média e alta da população. Concluram, também, que o currículo vigente em nada colaborava para a melhoria do estado de saúde bucal da população da área geográfica em que as escolas se localizam. Nessas condições, os diretores das 32 escolas decidiram fazer um documento com as “Recomendações” do Seminário. Algumas delas passaram a se constituir em objetivos do Projeto CAPES “Odontologia: Docência e Serviços” (6), objeto do acordo firmado, após a realização do Seminário, entre a CAPES, a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) e a Fundação W.K. Kellogg.

A finalidade básica do projeto é criar condições para que as escolas de Odontologia possam formar o cirurgião-dentista clínico geral voltado para os problemas de saúde bucal, com filosofia preventiva e social, estimulando o aumento da cobertura do atendimento odontológico às populações de baixo índice sócio-econômico. Seus objetivos são:

- implementar a introdução de mudanças curriculares nos cursos de Odontologia com base nos objetivos contidos no novo currículo mínimo;
- introduzir diferentes estratégias de capacitação docente através de cursos de curta duração, seminários, estágios e assessorias;

- estimular a simplificação de técnicas, procedimentos e equipamentos a fim de contribuir para o aumento da produtividade e diminuição dos custos;
- estimular a preparação de pessoal auxiliar e a redistribuição das funções;
- promover a racionalização do processo formativo dos recursos humanos em Odontologia de acordo com as tarefas realizadas na prática de trabalhos odontológicos;
- promover a integração do ensino e da assistência, buscando um melhor relacionamento entre as instituições formadoras e as de serviços;
- estimular a participação do docente no planejamento e na administração de serviços de saúde, através da programação de visitas a escolas e a outros serviços, para observar o funcionamento e a organização de modelos de clínicas odontológicas e de trabalho na comunidade e
- manter o intercâmbio entre as escolas envolvidas neste projeto e o “Programa de Innovaciones en la Enseñanza y Servicios Odontológicos” da OPAS/OMS.

O Projeto CAPES/Odontologia: Docência e Serviços foi divulgado e todas as Escolas de Odontologia do Brasil foram convidadas a apresentar uma pré-proposta. Foram apresentadas propostas de 29 Escolas de Odontologia e destas, 18 foram pré-selecionadas por consultores que verificaram, “in loco”, quais as que melhor preenchiam os critérios exigidos. Os projetos apresentados foram reavaliados e 16 deles foram aprovados. As escolas selecionadas tiveram financiamento, durante quatro anos, para introduzir mudanças e inovações no currículo, na metodologia de ensino e nas clínicas extramurais.

O acompanhamento dos projetos específicos de cada escola ocorreu através de mecanismos avaliativos com a utilização de três estratégias: visita periódica dos consultores às Escolas de Odontologia a fim de verificar se as metas propostas estavam sendo atingidas; reunião anual de coordenadores de projetos específicos, e auto-avaliação feita através de relatórios periódicos enviados à Coordenação Executiva do Acordo.

As principais inovações introduzidas nas 16 Escolas de Odontologia que integram o Acordo se relacionam com um novo modelo administrativo, com modificações do desenho curricular, com a integração da docência ao serviço, com a formação de pessoal técnico e auxiliar, com a participação da comunidade (transferência de conhecimento e utilização do saber popular), com a confecção de material didático de acordo com a nova filosofia, com a simplificação de equipamento, instrumental e material de consumo, com a simplificação de procedimentos e técnicas clínicas, com o desenvolvimento de trabalho em equipe e com o desenvolvimento de trabalho multidisciplinar.

O CURRÍCULO ODONTOLÓGICO

O Conselho Federal de Educação (7-8), a partir de documento elaborado pela Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia da Secretaria de Educação Superior (SESu), com base em estudos desenvolvidos pela Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), aprovou a proposta para o estabelecimento de um novo currículo mínimo para o curso de graduação em Odontologia. O objetivo do novo currículo é fazer com que as Faculdades de Odontologia do Brasil passem a formar um cirurgião-dentista com habilidade para aplicar princípios biológicos, técnicos e éticos, para resolver os problemas das doenças buco-dentais mais prevalentes na região geoe educacional da instituição e, em programas estratégicos de interesse nacional, com filosofia preventiva e social, apto e conscientizado para atuar na sua comunidade, integrando-se às atividades das outras profissões da área de saúde. Programado para uma duração de 3 600 horas a serem integralizadas em um mínimo de oito e um máximo de 16 semestres letivos, o novo currículo compreende as seguintes matérias:

1. **Matérias Básicas:** Ciências Morfológicas; Ciências Fisiológicas; Ciências Patológicas; Ciências Sociais.
2. **Matérias Profissionalizantes:** Propedêutica Clínica; Clínica Odontológica; Clínica Odontopediátrica; Odontologia Social; Clínica Integrada.

O novo currículo especifica que:

- Nas Ciências Morfológicas serão ministrados conhecimentos de genéticas, evolução, histologia, embiologia e anatomia;
- Nas Ciências Fisiológicas serão ministrados conhecimentos de bioquímica, fisiologia e farmacologia;
- Nas Ciências Patológicas serão ministrados conhecimentos de patologia geral, microbiologia, parasitologia e imunologia;
- Nas Ciências Sociais estudar-se-ão fundamentos de sociologia, antropologia e psicologia;
- Na Propedêutica Clínica serão estudadas patologia bucal, semiologia e radiologia;
- Na Clínica Odontológica estudar-se-ão materiais dentários, dentística, endodontia, periodontia, cirurgia, traumatologia e prótese, objetivando o tratamento e a restauração dos dentes e tecidos vizinhos;
- Na Clínica Odontopediátrica estudar-se-ão os aspectos particulares da patologia e da clínica da infância, bem como medidas preventivas ortodônticas;
- Na Odontologia Social estudar-se-ão os aspectos preventivos, sociais, deontológicos, legais e os de orientação profissional;

- Serão ministrados conhecimentos fundamentais de escultura dental e ocusão.

No ciclo profissionalizante deverão ser ministrados conhecimentos de planejamento e administração de serviços de saúde comunitária, trabalho em equipe de saúde, metodologia científica, pessoal auxiliar, bem como técnicas e equipamentos odontológicos simplificados. O ensino e o treinamento de alunos, em termos de necessidades globais dos pacientes, serão realizados em clínica integrada com a duração mínima de um semestre letivo, sem prejuízo das atividades específicas utilizadas como recursos de ensino das diversas matérias profissionalizantes.

A prevenção constituir-se-á na orientação do ensino enfocando-o nas diferentes disciplinas ou atividades. O ensino deve ser estruturado de tal forma que os programas instituam atividades do aluno junto ao paciente o mais precocemente possível, incrementando, gradativamente, as atividades de extensão intra e extramurais. As atividades extramurais serão desenvolvidas sob a forma de estágio supervisionado, preferencialmente em Sistemas Públicos de Saúde.

Esse novo currículo objetiva assegurar uma sólida formação aos profissionais da Odontologia, adequada à realidade de saúde bucal da população brasileira. Procura imprimir ao curso uma orientação voltada para a Odontologia Social, buscando preparar o aluno para atuar em equipes de saúde.

RELATO DE EXPERÊNCIAS NO BRASIL

Encontra-se na literatur o relato de algumas experiências das 16 Escolas de Odontologia que integram o Acordo CAPES/ABENO/KELLOGG que mostraremos a seguir.

Na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, a Faculdade de Odontologia desenvolveu um Programa de Odontologia Comunitaria (9), a partir da conscientização da necessidade de se estabelecer um perfil de Cirurgião-Dentista, formado de modo mais adequado às reais necessidades da população. A proposta introduziu modificações de fundo nos processos de formação de recursos humanos e de prestação de serviços à comunidade, utilizando a filosofia da Odontologia Simplificada. O objetivo geral do projeto consistiu em formar recursos humanos em condições de atuar efetivamente na comunidade, adequando-se às reais necessidades da população, incorporando-lhes valores e atitudes preventivas, epidemiológicas, sociais, educacionais e de equipe. O projeto foi estruturado de forma a permitir três níveis de atuação odontológica:

- Domicílio: ações de educação em saúde bucal e encaminhamento de pacientes.

- Escolas estaduais de 1º e 2º grau: ações de educação de substâncias preventivas à cárie.
- Clínicas modelares de serviços comunitários: procedimentos com filosofia de Odontologia Integral.

O trabalho é desenvolvido com integração multidisciplinar e foram montadas três clínicas com dez equipes cada, com utilização integral de pessoal auxiliar. Os grupos prioritários para o tratamento odontológico são, respectivamente, crianças de 7 a 14 anos, gestantes, adolescentes e adultos. O trabalho tem alcançado os objetivos traçados trazendo, conseqüentemente, benefícios a todos que dele participam.

Na Universidade Federal do Espírito Santo (10), o projeto inicial foi desdobrado em dois subprojetos: Planejamento Curricular e Docência e Serviços. O subprojeto de Planejamento Curricular teve por objetivo a reorganização do currículo, enquanto o subprojeto Docência e Serviços teve por objetivo a implantação do Estágio Supervisionado Extramural, com a finalidade de proporcionar à população carente os cuidados que ela solicita, e a oferta de serviços a custo variáveis, conforme seu poder aquisitivo, utilizando técnicas e equipamentos simplificados. A atividade extramural ocupa carga horária do 8º período compreendendo atividades na clínica simplificada e atividades de educação para a saúde e aplicação de substâncias preventivas à cárie dental em escolas carentes. Essa experiência resultou nas devidas reformas curriculares que permitiram a formação de um cirurgião-dentista com visão voltada para a filosofia preventiva e social.

Martins (11) relata a implantação do Projeto de Inovação Curricular no Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, que consiste na criação de duas frentes de trabalho:

- Montagem curricular com ênfase preventiva e
- Dinamização das atividades extramurais.

O Projeto de Inovação Curricular teve como objetivo a inovação do currículo e da metodologia, promovendo atividades intra e extramurais, despertando no aluno sua sensibilidade social e preventiva, colocando-o em contato direto com a realidade sócio-econômica e cultural da comunidade em que está inserido. As atividades extramurais desenvolvem-se em Sistemas Públicos de Saúde, com enfoque preventivo e social, de maneira a atender aos interesses e necessidades da população carente. O projeto tem apresentado reflexos positivos em termos de desenvolvimento de atividades extramurais e mudança de atitude, bem como de mudança de atitude e de mentalidade do corpo docente.

No projeto de "Clínica Odontológica Extramural" da Universidade Federal de Minas Gerais, Santos (12) relata que, na realidade, a Faculdade nada mais faz do que reforçar a motivação primária do aluno, motivação esta fundamentada, em última instância, no modelo liberal de

trabalho. O projeto pretende, por um lado, diversificar o tipo de recurso humano formado pela Faculdade, com a introdução da formação de pessoal auxiliar e, por outro lado, possibilitar a prática do ensino de Odontologia Comunitária. Os objetivos do projeto são:

- desenvolver os conteúdos das disciplinas sociais e a utilização de técnicas preventivas;
- utilizar a filosofia de Odontologia Simplificada;
- criar um modelo de assistência comunitária que atenda aos problemas atuais dos serviços de saúde e
- viabilizar a co-gestão do problema utilizando coordenação mista (técnicos-professores-alunos-comunidade).

De acordo com Rocha, Liensenfeld e Diniz (13), a participação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia teve início com o projeto "Proposta de modificação da estrutura tradicional através de uma prática inovadora" com a criação de duas clínicas extramurais instaladas respectivamente em 1981 e 1983 (uma em uma escola e uma na comunidade), contando cada uma com seis equipamentos simplificados e um aparelho de raios X. Os objetivos gerais do projeto são:

- desenvolver os conteúdos das disciplinas sociais, no contexto do atendimento voltado para a atenção coletiva, utilizando as técnicas preventivas, em conjunto com o atendimento das necessidades básicas de saúde bucal da comunidade;
- desenvolver um modelo de atendimento comunitário, baseado na percepção dos problemas de saúde bucal como aspecto particular dos problemas globais da comunidade e
- implantar um modelo de prática baseada em princípios de simplificação em Odontologia.

As atividades desenvolvidas compreendem educação para a saúde bucal em escolas; aplicação de substâncias preventivas à cárie dental em escolas; profilaxia e atendimento das necessidades básicas da população. As atividades sócio-comunitárias compreendem o conhecimento da organização social da comunidade, através de contatos com associações de bairro, grupos informais existentes e associações de caráter religioso.

A direção da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro — UERJ (14), consciente de que a formação do profissional continua voltada, em grande parte, para o atendimento das necessidades de tratamento curativo, com ênfase na especialização e desenvolvendo atividades intramuros, resolveu em 1980, participar do Programa de Integração Docente-Assistencial, visando a reorganização e reestruturação curricular, adotando como princípio metodológico a subordinação da teoria à prática, o aprendizado em condições reais de comunidades em

áreas marginais e serviços odontológicos do setor público, embasado pela capacitação prévia e simultânea de formação teórica.

As atividades extramúrais ocupam a carga horária total do oitavo semestre do curso e utilizam os acadêmicos de Odontologia, alunos do curso de Atendente de Consultório Dentário e alunos de curso de Técnico em Higiene Dental. O conteúdo curricular é composto por 80% de atividades práticas e 20% de atividades teóricas, visto que os alunos já tiveram capacitação prévia nas disciplinas de Odontologia Integral, Utilização de Pessoal e Administração de Serviços Odontológicos, Planejamento de Programas Odontológicos e Modelos de Avaliação dos Serviços.

As atividades práticas dos acadêmicos do 8^o período constam de consultas, exames, diagnóstico e plano de tratamento, restauração com material estético em dentes permanentes e decíduos, pulpotomias, capeamento e exodontia.

A tarefa educativa é realizada pelo pessoal auxiliar e consta de evidenciação de placa bacteriana, escovação, aplicação tópica de flúor através de solução para bochecho e aulas sobre saúde bucal. Cada escolar participa dessa tarefa duas vezes por semana.

As atividades clínicas foram delineadas com base no sistema incremental, e o atendimento clínico é executado tendo como base a racionalização e a simplificação de um conjunto de elementos:

- simplificação de recursos humanos, que tem como base principal o trabalho a quatro mãos. O aluno de graduação trabalha instrumentado pelo aluno do curso de Atendente de Consultório Dentário;
- desmonopolização do saber, visto que existe delegação de tarefas ao pessoal auxiliar. Os alunos do curso de Atendente de Consultório Dentário, além da função instrumentadora, são responsáveis pela lavagem e esterilização do material e pela administração da clínica (arquivos, fichários, controle de estoque de material, agendamento, etc.). Os alunos do curso de Técnico em Higiene Dental são responsáveis pela tarefa preventiva e educativa, e desenvolvem também a tarefa restauradora (restauração de cavidades preparadas pelos acadêmicos);
- simplificação do equipamento;
- padronização de instrumental com utilização do sistema de bandejas pré-preparadas e
- padronização de condutas técnicas.

Cada clínica é composta por seis equipes, e a equipe de trabalho, em cada horário, é assim distribuída: 3 acadêmicos de Odontologia, 3 alunos do curso de Técnico em Higiene Dental, 6 alunos do curso de Atendente de Consultório Dentário (função: instrumentador), 2 alunos do curso de Atendente de Consultório Dentário (funções: administração e esterilização)

e 3 supervisores (1 Técnico em Higiene Dental, 1 docente da Faculdade de Odontologia da UERJ e 1 Cirurgião-Dentista da Secretaria Municipal de Saúde-RJ).

Desde o início do funcionamento das atividades extramurais na UERJ, foram treinados 400 acadêmicos do 8º período e 262 alunos dos cursos de pessoal auxiliar. A diferença numérica entre acadêmicos de Odontologia e alunos dos cursos de pessoal auxiliar deve-se ao fato de os primeiros participarem do treinamento por apenas um semestre, enquanto o pessoal auxiliar (A tendente de Consultório Dentário e Técnico em Higiene Dental) participa das atividades por dois e quatro semestres, respectivamente).

COMENTÁRIOS

Tendo em vista a dicotomia existente nos sistemas formador e utilizador de recursos humanos em Odontologia, os elevados índices epidemiológicos de doença bucal e as condições sócio-econômicas desfavoráveis da maior parte da população brasileira, torna-se fácil entender a crise no setor odontológico no Brasil, que catalizou as discussões acerca da necessidade de modificar o ensino, ajustando-o ao serviço.

Respalado pela corrente progressista que norteou a Odontologia nos países da América Latina e por um profundo processo de reflexão sobre a prática odontológica, grandes avanços foram conquistados nos últimos anos. O ensino, inspirado em sua totalidade nos modelos norte-americano e europeu, passou — e continua passando — por modificações que o aproximam da realidade brasileira, cumprindo seu papel social. Verificamos que a partir da reflexão de Integração Docente-Assistencial, o currículo dos cursos de odontologia passou a favorecer a formação de um profissional mais consciente e integrado à sua sociedade, tirando-o da especialização precoce e capacitando-o a resolver problemas de maior magnitude epidemiológica. Foram introduzidos novos tipos de pessoal auxiliar, que passaram a integrar a equipe odontológica que, por sua vez, passou a integrar — de forma mais abrangente — as equipes de saúde. A tecnologia densa e sofisticada cedeu lugar ao que se convencionou chamar Odontologia Simplificada, que utiliza equipamentos de menor custo e de fácil manutenção, sem perda da qualidade dos serviços prestados.

Por outro lado, o sistema utilizador de recursos humanos experimentou, dentro de todo esse processo, um momento reflexivo ímpar em sua história. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde e da Política Nacional de Saúde Bucal, as instituições prestadoras de serviços passaram a orientar seus recursos hu-

manos de forma mais realista e visando a modificação do perfil epidemiológico da população, respondendo aos seus anseios.

Em verdade, a modificação na estrutura de ensino não pode ser vista como a solução para a problemática da assistência odontológica para populações carentes, visto que as causas determinantes dessa carência estão na estrutura social.

Entretanto, o ensino constitui-se em um momento de luta — que será refletido na vida profissional — onde os alunos têm a oportunidade de discutir suas relações com a Faculdade, com as estruturas de serviços existentes e com a comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Brasil. Ministério da Educação e Cultura, Secretaria de Ensino Superior/MEC-SESu, Programa de Integração Docente Assistencial (IDA). Brasília, *Cadernos de Ciências da Saúde*, 3 1981.
- 2 Kersting, I.R. Programa de Saúde Oral. Experiência de um plano integrado com alunos do curso de Odontologia. *Revista do Centro de Ciências Biomédicas*, 2 (2):69-74, abr.-jun., 1973.
- 3 Tumang, A.J. e Moreira, B.H.W. Integração Docente-Assistencial em um programa odontológico para escolares da zona rural de Piracicaba. Resultados de 1970-74. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, 33 (6):440-446, nov.-dez., 1979.
- 4 Couto, G.B., Aguiar, J.B. e Lyra, L.M. Experiência Docente Extramuros na Faculdade de Odontologia de Pernambuco. *Revista da Associação Latino-Americana de Faculdades de Odontologia*, 6:39-42, jan. 1971.
- 5 Pereira, S. Cuidados primários em saúde bucal. *A saúde no Brasil*. Brasília, 1 (2):89-95, abr. jun., 1983.
- 6 Projeto CAPES/Odontologia. Docência e Serviços — Uma retrospectiva de sua implantação. *Informe CAPES/ABENO/KELLOGG*, Brasília, 2 (2):1-5, maio, 1983.
- 7 Conselho Federal de Educação, Brasília/DF. Parecer N° 370/82, Brasília, *Documenta*, 260:46-54, jul. 1982.
- 8 Conselho Federal de Educação, Brasília/DF. Resolução 04/82, Brasília, *Diário Oficial da União* de 16/9/82.
- 9 Programa de Odontologia Simplificada — uma oportunidade de ação comunitária. *Informe CAPES/ABENO/KELLOGG*, Brasília, 1 (2):2-4, ago., 1981.
- 10 Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. *Relatório do Projeto CAPES/Odontologia:Docência e Serviços*, Vitória, Imprensa Universitária, 1983. 15 pp.
- 11 Martins, R.M.R. UFMA inova currículo através de sistema modular e atividades extramurais. *Informe CAPES/ABENO/KELLOGG*, Brasília, 2(1):5-6, mar., 1983.
- 12 Santos, R.Q. Projeto de Clínica Odontológica Extramuros da Universidade Federal de Minas Gerais. *Informe CAPES/ABENO/KELLOGG*, Brasília, 3(1):6-9: jan., 1984.
- 13 Rocha, J.A.D., Liensenfeld, M.H. e Diniz, J. UFBA realiza experiência multidisciplinar em clínica odontológica extramural. *Informe CAPES/ABENO/KELLOGG*, Brasília, 3(2):2-3, jul., 1984.
- 14 Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Faculdade de Odontologia. Projeto Docente-Assistencial: Oficinas, memorandos, relatórios e impressos arquivados na Secretaria da Faculdade. Período de 1980 a 1987.

NICARAGUA: REFLEXIONES SOBRE LA PLANIFICACION ESTRATEGICA SITUACIONAL (PES) DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

*Mariano Zalazar C.*¹

INTRODUCCION

La planificación de servicios de salud en Latinoamérica ha evolucionado de la concepción normativa a la estratégica, como consecuencia de los nuevos desafíos enfrentados en los que se intenta convertirla en un enfoque eficaz para conducir los cambios institucionales y sectoriales necesarios a fin de incrementar la eficiencia, la eficacia y la equidad de los sistemas nacionales de salud, dentro de un entorno de restricción de recursos, incremento de la demanda y turbulencia social.

Este recorrido, verdadero debate ideológico, político, metodológico y técnico, se ha resuelto a favor de la legitimidad del potencial que posee el enfoque estratégico, abriendo una búsqueda altamente interesante para superar las resistencias, de diversa índole, para su traducción metodológica y operativa en el área de la salud.

Este mismo fenómeno comienza a ocurrir en Centroamérica y Panamá en áreas críticas para el desarrollo de los servicios de salud. Es el caso de la fuerza de trabajo en salud (FTS), que se perfila en la subregión en estos momentos como uno de los frentes de trabajo más fértiles para el desarrollo del enfoque estratégico y de su versión situacional (PES) que, a mi manera de ver, es la modalidad más potente de esta corriente de pensamiento, entre otras facetas, por su extraordinario potencial de traducción metodológica.

La realidad es que la planificación estratégica situacional de la

¹ Profesor invitado del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud.

fuerza de trabajo en salud es un área que está comenzando a explorarse por la vía de la configuración del pensamiento con esta nueva lógica —un importante esfuerzo en este sentido es el Programa de Capacitación Avanzada en el desarrollo de personal de salud— pero todavía los aspectos metodológicos y operativos son verdaderos retos cuya solución inmediata no se esboza en el horizonte.

El objetivo primordial de este trabajo es reconocer, en una primera aproximación, las *pistas metodológicas* que el enfoque estratégico situacional proporciona para pensar sobre los aspectos operativos de su aplicación a la planificación y gobierno de la fuerza de trabajo en salud.

En ese sentido, el proceso de aproximación al objetivo central del trabajo se ve enriquecido, en una primera dimensión, por una apretada síntesis del desarrollo latinoamericano de la planificación estratégica y la introducción, para la discusión nacional, de apreciaciones sobre la planificación estratégica del sector salud en Nicaragua durante el último decenio, a partir de reflexiones acerca de los rasgos generales del pensamiento estratégico como práctica gubernamental y de los dilemas a los que se vio enfrentado el pensamiento estratégico en la esfera sanitaria y de sus recursos humanos.

En una segunda dimensión, aborda, para comenzar a responder al desafío de desarrollar la PES de la fuerza de trabajo en salud, algunas de las perspectivas que abren la construcción teórica dentro de esta corriente de pensamiento, corriendo un poco el velo para revelar su potencia para interpretar, entender y actuar en una situación dada y, por otro lado, reconoce, en términos globales y no exhaustivos, las pistas metodológicas del enfoque en cada momento del proceso situacional de gobierno.

El reconocimiento de las pistas es la primera fase de una estrategia de desarrollo que se basa en la hipótesis de que las líneas generales de desdoblamiento operativo que el concepto de momento posee son la clave de la traducción metodológica del pensamiento estratégico situacional.

Las reflexiones finales recomiendan la profundización de las líneas generales de elaboración metodológicas esbozadas en este trabajo a partir de cuatro fuentes detectadas.

SINTESIS DEL DESARROLLO LATINOAMERICANO DE LA PLANIFICACION ESTRATEGICA (1)

En este sentido es posible identificar tres propuestas principales:

- La de la escuela de Salud Pública de Medellín que está elaborada a partir del diseño para la viabilización de la estrategia de Salud para todos en el año 2000 y que tuvo gran apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud.
- La del pensamiento estratégico, que a partir de una sofisticada

elaboración teórica de orden epistemológico de la planificación estratégica de la salud, termina por negar una metodología de planificación transformando el acto de planificar en un acto eminentemente político. Tiene su expresión mayor en el médico argentino Mario Testa.

- La de la planificación estratégica situacional, desarrollada en el campo de la planificación económica por el Dr. Carlos Matus, del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES), expuesta en cinco libros. La tentativa de transposición de esta propuesta al campo de la salud ha sido estimulada, en el último año (1987), por la OPS.

Las tres propuestas parten de una visión política del proceso de planificación y tienen como supuesto que el actor que planifica está inmerso en la realidad planificada, en íntima coexistencia con otros planificadores, en una situación de poder compartido, donde solo algunas acciones responden a comportamientos, y otras, la mayoría, son acciones que necesitan juicio estratégico.

APRECIACIONES SOBRE LA PLANIFICACION ESTRATEGICA DEL SECTOR SALUD EN NICARAGUA

Rasgos generales de la planificación como práctica social

La planificación entendida en una primera dimensión como práctica de transformación y progreso social e institucional a partir del ejercicio del pensamiento estratégico de una fuerza social que preside y precede el cambio en un contexto nacional y geopolítico, posee en Nicaragua orígenes, rasgos evolutivos identificables y perspectivas, que enriquecen el análisis de sus manifestaciones en el sector salud.

En una segunda dimensión, es posible acompañar los esfuerzos para traducir el pensamiento estratégico en el plano organizativo como herramienta de gobierno utilizada desde el aparato de Estado, y cuyos rasgos globales influenciaron el proceso de planificación en el Ministerio de Salud, principal institución del sector salud para esta reflexión.

Los orígenes del pensamiento estratégico en Nicaragua como forma de concebir y conseguir el cambio —probada por los hechos históricos— se expresa de manera especialmente aguda a partir de 1976, cuando los contendientes más relevantes de la formación social nicaragüense desembocan en un período de definición del esquema de poder en el panorama nacional, que resulta en la desarticulación del modelo tradicional y en la emergencia de una fuerza social que hegemoniza el proceso de transformaciones de la superestructura político—ideológica y la infraestructura económica en el último decenio.

Los propósitos de la planificación como instrumento de Gobierno, durante este período, estuvieron dirigidos a legitimar el cambio y el ejercicio del poder, y en todo momento —aún con los desplazamientos en términos de acento militar o civil que por las circunstancias tuvo en la esfera del Estado— siempre fue considerada como un poderoso instrumento conceptual y metodológico en el campo de la administración y gerencia pública.

En este contexto, pueden reconocerse dos rasgos fundamentales que marcan la evolución organizativa de la práctica del pensamiento estratégico, y que de una manera y otra, aún no claramente precisada, representan momentos diferenciados del desarrollo del mismo como forma de entender, desencadenar, articular y obtener el cambio en la dirección del progreso social.

El primero de ellos se refiere a la “institucionalización” del proceso de planificación en la esfera del Estado como política de Gobierno para formalizar el pensamiento estratégico, configurando un sistema de planificación estatal presidido por el Ministerio de Planificación, a semejanza, guardando las distancias, de los modelos de planificación de los países socialistas del Este europeo.

Este esfuerzo entró en crisis al no tener la riqueza suficiente para considerar el grado de incertidumbre, conflicto, dependencia y fragmentación que atravesaba el cambio como hecho social.

Este fue el punto de partida para reelaborar, desde la perspectiva del Gobierno, el enfoque de la planificación y para repensar su función, conservando la necesidad de la misma un sitio cimeros, al ejercitarse la práctica del pensamiento estratégico en la dirección del eje de conflicto más importante y decisivo: el militar, donde se estaba jugando la posibilidad y dirección del cambio en el decenio.

El segundo rasgo sobresaliente en el decenio es producto de la acumulación de experiencias de la fuerza social hegemónica en la práctica del pensamiento estratégico desde el Gobierno y de la consecuente ruptura de algunas representaciones simples del cambio y el progreso.

Los ejes que marcan el giro de la planificación se resumen como el reconocimiento del conflicto en su expresión política: la construcción de la democracia, incluyendo sus aspectos formales; en su expresión económica: el mercado como regulador, presente e influenciado, no ausente; y en su expresión ideológica: el reconocimiento de los “otros” dentro de una situación de poder compartido donde la negociación para avanzar, conseguir y ceder es el elemento total.

Organizativamente se traduce en un aparato más leve, menos burocrático y más político, dislocándose su finalidad a la de simplificar el escenario y disminuir la incertidumbre del proceso decisorio al más alto nivel, transformándose en un verdadero sensor del comportamiento de la realidad nacional, económica y política, estableciendo una mejor coinci-

dencia entre la práctica del pensamiento estratégico desde la perspectiva del Gobierno y sus aspectos organizativos y operacionales.

Durante el decenio —tomando como referencia la fuerza social que presidió el cambio— el recorrido de la planificación en el contexto nacional preserva como una constante el ejercicio del pensamiento estratégico dentro de una situación de conflicto, sujeto a un ciclo de enriquecimiento y maduración que se acompaña por grados de formalización que tienden a acercar las esferas política y técnica de planificación y a conjugar mejor la planificación a largo plazo con la de mediano y corto alcance.

Dilemas del pensamiento estratégico en la esfera sanitaria y de recursos humanos

En términos generales, el desarrollo del pensamiento estratégico sanitario está condicionado y determinado por los rasgos que marcan la evolución del mismo en el seno del Gobierno y el aparato del Estado en su conjunto.

De todas formas, es posible recuperar su especificidad reconociendo los dilemas que ha enfrentado a lo largo de su evolución:

- La dicotomía sector/institución.
- La dicotomía salud/sociedad y salud/servicios.
- La dicotomía planificación/gerencia.

La primera de ellas planteaba con simplicidad el problema del ámbito de la planificación. El entendimiento del papel del MINSA como proyecto dinamizador del cambio en el sector —fórmula que en los hechos daba por encerrado el conflicto— fue relativamente tardío en el decenio. Cuando se llegó a ella, permitió discutir con más rigor la problemática asociada al desarrollo institucional como uno de los ejes cruciales de la transformación.

La dicotomía salud/sociedad y salud/servicios, no permitió concentrar los esfuerzos en prever, predecir y acompañar el desarrollo de los servicios, objetivo preeminente del desarrollo institucional y principal compromiso político administrativo del MINSA dentro del esfuerzo global del Gobierno por elevar el nivel de vida del pueblo nicaragüense y, por ende, el componente salud.

La dicotomía planificación/gerencia entorpeció la integración de las esferas política, técnica y organizativa de la planificación y disoció, hasta recientemente en el decenio, las decisiones de la planificación y esta de aquellas.

Por ejemplo, el concepto de que “planifica quien gobierna” como práctica gerencial efectiva es de reciente introducción e insuficiente discusión y sistematización.

La superación de estos tres dilemas del pensamiento estratégico sanitario y su traducción como proceso de toma de decisiones que apunta al desarrollo de los servicios dentro de la unidad territorio/población/recursos/problemas/actores/conflicto, como eje vertebrador del desarrollo institucional uniendo el hacer con el prever y predecir, aprendiendo sobre la marcha y de los errores, es la piedra de toque para su consolidación en el campo de la salud pública.

La formalización del mismo a partir de la incorporación de la categoría problema como un elemento central en un marco de descentralización y desconcentración, estaba avanzando en el último decenio, aún con resistencias, del punto de partida "norma/meta" como forma de operación de las políticas al de proyectos dinámicos del cambio, dirigidos a problemas finales o intermedios específicos.

En este tránsito está la salida para el enriquecimiento del arsenal metodológico y técnico y para la superación de la distancia entre el pensamiento estratégico y sus formas organizativas y operativas en el ámbito institucional.

Dentro de este caudal de experiencias, avances y limitaciones, también existen esfuerzos para explorar el tema de la planificación de la fuerza de trabajo en salud con connotaciones estratégicas.

- La utilización de proyecciones cuantitativas del recurso humano a ser formado en algunas categorías de trabajadores de la salud.
- La construcción, dentro del plan trianual (1989-1990), de una primera versión del flujograma situacional del problema fuerza de trabajo en salud.
- La definición de políticas y de un programa de intervención para el desarrollo del personal de salud.

Más recientemente (1989), la elaboración del Marco de Referencia para la Cooperación Técnica OPS/OMS/NIC/MINSA en el Area de Fuerza de Trabajo, así como la propuesta de educación permanente en los servicios municipales de salud.

Por otro lado, la experiencia indica que dentro del campo de la planificación y gobierno de la FTS, los temas críticos del desarrollo de la práctica del pensamiento estratégico en esta área —además de su desarrollo teórico conceptual— pueden resumirse en estos tres desafíos:

- Coherencia entre políticas de recursos humanos, estado de salud de la población y modelo de atención.
- Desarrollo de la carrera de servicio civil de la fuerza de trabajo institucional.
- Organización del sistema de dirección estratégica de la misma.

En Nicaragua, desde la perspectiva estratégica situacional estos temas han sido poco trabajados y sobre ellos gravitan los problemas más

generales del proceso global de planificación en el plano ideológico, organizativo y operativo.

El reto fundamental, de acuerdo con la experiencia acumulada en el país y las posibles perspectivas que se avizoran con el nuevo Gobierno, es desarrollar el pensamiento estratégico situacional en el abordaje de la fuerza de trabajo en salud como problema institucional, creando un espacio de reflexión y práctica donde se puedan probar las proposiciones generales del mismo.

EL DESAFIO: DESARROLLAR LA PLANIFICACION ESTRATEGICA SITUACIONAL DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD (2)

La construcción teórica: algunas perspectivas

Repensar el proceso de planificación y gobierno del desarrollo de la fuerza de trabajo en salud, en las circunstancias de Nicaragua, significa, primeramente, avanzar en la identificación de una serie de componentes ideológicos que cimentan y diferencian la comprensión normativa y estratégica de la planificación, así como las consecuencias de adoptar el enfoque estratégico situacional para la gerencia de este frente relevante del cambio institucional.

En segundo lugar, significa recuperar los conceptos claves de la planificación estratégica situacional como plataforma para el enriquecimiento y reformulación del plan institucional de cara a configurarlo como un sistema de gobierno de la fuerza de trabajo en salud, a partir de las experiencias desarrolladas en el país durante el decenio y las nuevas iniciativas que puedan presentarse.

Las diferencias ideológicas entre el enfoque normativo y estratégico

El modelo normativo de planificación se caracteriza, sintéticamente, por levantar los siguientes postulados:

- El sujeto de la planificación es diferenciable de su objeto.
- No puede haber más de una explicación verdadera de la realidad.
- Explicar es descubrir las leyes que rigen el objeto de la planificación.
- El poder no es un recurso escaso.
- No existe la incertidumbre mal definida.
- Los problemas a los que se refiere el plan son bien estructurados y tienen solución conocida.

Este conjunto de postulados conduce a un concepto restringido de planificación y planificador, caracterizándose por un reduccionismo ilegítimo de todas las acciones de los actores sociales a comportamientos, eliminando artificialmente el conflicto que presupone la existencia de los "otros".

Por otro lado, conduce a una práctica economicista y tecnocrática que se aísla de la planificación política y del proceso de gobierno, como cálculo que preside y precede la acción.

En contraposición, el modelo estratégico de planificación se caracteriza por levantar los siguientes postulados:

- a) El sujeto de la planificación no es distinto del objeto.
- b) Existe más de una explicación verdadera de la realidad.
- c) Los actores sociales crean posibilidades en un sistema social creativo que solo en parte sigue leyes.
- d) El poder es escaso y limita la viabilidad del "debe ser".
- e) La incertidumbre mal definida domina el sistema social.
- f) El plan se refiere a problemas cuasiestructurados.

El modelo de planificación que dimana de este perfil de principios se caracteriza por ser un modelo de conflicto o poder compartido, donde solo algunas acciones responden a comportamientos; otras, las principales, son acciones estratégicas fundamentadas en el juicio situacional, inmersas en el proceso de gobierno y apoyadas en un sistema de dirección estratégico.

Las consecuencias de pensar en la planificación y gobierno del desarrollo de la fuerza de trabajo en salud desde una perspectiva estratégica se resumen a continuación:

a) Primera consecuencia: El sujeto de la planificación no es distinto del objeto.

- El desarrollo de la fuerza de trabajo en salud forma parte indisoluble del desarrollo institucional en sus componentes principales: modelo de gerencia, modelo de atención y modelo de docencia e investigación.
- La fuerza de trabajo en salud es un área de intersección de actores con intereses diversos; la hegemonía de los mismos se establece vía dominación o consenso a través de una estrategia de cooperación, cooptación o conflicto.
- El desarrollo de los recursos humanos como propósito, resultados y consecuencias, está cruzado por las categorías de conflicto, incertidumbre, complejidad, fragmentación, dependencia, poder y la consideración de las diferencias entre los diversos grupos que conforman la sociedad.

b) Segunda consecuencia: Existe más de una explicación verdadera de la realidad.

- El entendimiento del desarrollo de la fuerza de trabajo en salud posee tantas explicaciones como actores posean una inserción particular en la realidad que se desea gobernar.
- La explicación más potente es aquella que considera que: las explicaciones de los otros actores son parte de la realidad a ser explicada; las explicaciones de los otros, y no la propia restringida a la visión egocéntrica, es la que mueve sus conductas y comportamientos; la explicación propia, policéntrica, tiene que articular en forma coherente y dominante a las demás.
- El tiempo es relativo a la situación de los actores y existen múltiples racionalidades (política, técnica y administrativa) y criterios de eficacia.

c) Tercera consecuencia: Los actores sociales crean posibilidades en un sistema social creativo que solo en parte sigue leyes.

- Los actores sociales involucrados en el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud no responden a un comportamiento predecible, actúan como oponentes e interaccionan a través del juicio estratégico, creando y aprovechando permanentemente posibilidades y oportunidades.

d) Cuarta consecuencia: El poder es escaso y limita la viabilidad del "debe ser".

- El desarrollo de la fuerza de trabajo en salud compete con otros aspectos del desarrollo institucional, y para prevalecer como tal, debe generar poder a través de la combinación de la eficacia política con la eficacia económica, organizativa y de producción y aplicación del conocimiento.

e) Quinta y sexta consecuencias: La incertidumbre mal definida domina el sistema social y el plan se refiere a problemas cuasiestructurados.

- El "debe ser" de la FTS es solo un momento de lo estratégico y operativo en una situación dada.
- El desarrollo de la fuerza de trabajo en salud es un problema cuasiestructurado que se mueve en un horizonte de incertidumbre.
- Los actores del desarrollo de la fuerza de trabajo en salud pueden combatir esta incertidumbre desarrollando su capacidad de prever y predecir, tanto como su capacidad de aprender sobre la marcha y de sus errores.
- El desarrollo de la fuerza de trabajo en salud y su capacidad de

influenciar el proceso de transformación institucional, se produce dentro de un "juego" de final abierto a través de la competencia y conflicto de diferentes planes en grados diversos de formalización que se disputan la hegemonía del proceso.

Las consecuencias ad hoc del pensamiento estratégico en la comprensión de la planificación y gobierno del desarrollo de la fuerza de trabajo en salud —preliminares e incompletas aún— plantean con más realismo este proceso y contribuyen a dar una idea de la riqueza del enfoque para abordar esta temática.

Formando parte de esta corriente de pensamiento se encuentra la planificación estratégica situacional, cuya característica esencial es el uso del concepto de situación, proponiendo como enfoque práctico planificar situaciones.

La clave teórica y operativa: gobernar situaciones

Desde el punto de vista de las consecuencias gerenciales de pensar el desarrollo de la FTS desde la óptica estratégica situacional, la clave es el gobierno de situaciones donde este desarrollo se inscribe.

Gobernar situaciones, en esencia, consiste en conseguir objetivos más o menos prefijados sorteando los obstáculos que ofrece un medio activamente resistente, articulando y ajustando permanentemente las propuestas y posibilidades de acción (proyecto de gobierno y gobernabilidad del sistema) con la capacidad de generar y controlar acciones (capacidad de gobierno).

Por otro lado, gobernar situaciones como proceso, supone articular el momento explicativo (apreciación situacional), normativo (direccionalidad), estratégico (viabilidad) y táctico operativo (cálculo que precede y preside la acción), en una forma tal que conforme un sistema eficaz de toma de decisiones y resoluciones.

El gobierno de situaciones donde se produce concretamente el desarrollo de la FTS significa recuperar la aplicabilidad de dos conceptos básicos en interrelación: el triángulo de gobierno, de alta connotación gerencial, y el de momento, de alta connotación metodológica.

Para fines de ilustración, una situación hipotética de interrelación entre ambos conceptos puede ser observada en el cuadro 1.

Desde la perspectiva gerencial, las consecuencias metodológicas de la utilización del concepto de momento son un elemento relevante de la capacidad operacional de gobierno, entendida esta como eje determinante para percibir la gobernabilidad del sistema y ajustar el proyecto de gobierno.

En este sentido, la estrategia de aproximación metodológica que adoptamos es el reconocimiento de las líneas generales de desdoblamiento

CUADRO 1. Matriz de intersección del triángulo de gobierno y los cuatro momentos del proceso de planificación situacional.

Triángulo de gobierno	Momentos del proceso de planificación situacional			
	Exp.	Norm.	Estra.	Tac/Op.
Capacidad de gobierno	3	2	2	3
Proyecto de gobierno	2	3	2	2
Gobernabilidad del sistema	2	2	3	2

Fuente: Elaboración propia a partir de Matus, C.: *Política, planificación y gobierno/2º borrador*. Caracas, Venezuela, Edit. Miguel Angel García e Hijo, 1987, p. 772.

N.B.: La numeración indica la fuerza de la intersección ideal entre cada vértice del triángulo de gobierno y los momentos del proceso, en una situación ideal de máximo despliegue de la capacidad de gobierno.

operativo que el concepto de momento posee para potenciar la capacidad de gobierno de la FTS.

Este trabajo se inscribe en la primera fase del desarrollo de esta estrategia. Corresponde a la delimitación de las pistas metodológicas más relevantes de cada momento del proceso situacional de gobierno.

Las pistas metodológicas del enfoque

La potencia del concepto de momento indica instancia, ocasión, circunstancia o coyuntura por la que atraviesa un proceso continuo o "en cadena" que no tiene comienzo ni término definido. Comprende: el momento explicativo (fue, es y tiende a ser); el momento normativo (debe ser); el momento estratégico (puede ser); y el momento táctico operativo (hacer). Tiene las siguientes características:

- No siguen una secuencia lineal establecida.
- Conforman una cadena continua sin comienzo ni fin definido.
- Cada uno de ellos, cuando es dominante, contiene a los otros momentos como apoyo a su cálculo.
- Se repiten constantemente, pero con distinto contenido, propósito, fecha, énfasis y contexto situacional.
- En una fecha concreta del proceso de planificación, los problemas y oportunidades que enfrenta el plan se encuentran en distintos momentos dominantes.
- Para cada momento existen herramientas metodológicas más pertinentes, aunque ninguna herramienta es de uso exclusivo en un momento específico.

La explicación situacional de la FTS

Se refiere a la indagación permanente sobre las oportunidades y los problemas que enfrenta la fuerza de trabajo en salud, intentando explicar constantemente las causas que los generan, seleccionando el espacio situacional en que van a ser enfrentados (singular, particular, general).

Se mueve en el plano de cómo es, cómo tiende a ser la realidad y cómo llegamos a ella. En la práctica significa:

- Reconsiderar la validez del conjunto de problemas relevantes con referencia a los cuales hemos estado conduciendo nuestra intervención.
- Comprender el proceso de interrelación entre los problemas para tener una visión de síntesis del sistema que los produce.
- Precisar el valor que dichos problemas tienen para los distintos actores sociales y la población en general.

Algunas de las pistas metodológicas que proporciona el enfoque de la PES para contribuir a construir la explicación son:

- Conocer el estado del triángulo de gobierno del actor que explica.
- Seleccionar problemas relevantes para el mismo.
- Escoger el espacio situacional de enfrentamiento y actuación.
- Elaborar el mapa valorativo de problemas del actor que explica y de los actores seleccionados.
- Construcción de la matriz actores/problemas.
- Construcción de la matriz problemas/momentos para cada actor.
- Elaboración del flujograma situacional de cada intersección actores/problemas y de cada problema relevante para el actor que explica. Se trata de construir un gráfico de la selección de problemas en un espacio situacional, precisando sus nudos críticos a partir de la discusión de sus hechos, acumulaciones y reglas.
- Configurar una idea aproximada de la situación objetivo deseada.

El contenido propositivo del plan

En esencia, el diseño normativo precisa cómo debe ser la realidad en contraposición a los problemas relevantes presentes y sus raíces y tendencias, centrando su atención en la eficacia direccional de las operaciones a ser realizadas para alcanzar los cambios propuestos aprovechando las oportunidades disponibles.

Posee un alto valor político para el actor que enfrenta el desafío de elaborar el diseño normativo, en la medida que es un recurso de comunicación para la busca de apoyo político, organizativo, técnico y financiero para el programa direccional.

Implica la definición de cómo va a ser la estrategia, cómo debe ser la decisión y la ejecución del plan y cómo debe ser la norma que sirve de referencia para explicar la situación presente y seleccionar los problemas.

El concepto de programa direccional, que sintetiza la esencia del diseño normativo, asume una relación probabilística solo válida para la estrategia seleccionada en el escenario de cálculo escogido.

Algunas de las pistas metodológicas para la configuración del diseño normativo son:

- La construcción de escenarios.
- La elaboración de estrategias.
- La construcción del programa direccional a tono con el escenario y la estrategia seleccionada.
- La definición de la situación objetivo deseada.

Es necesario tener presente que la configuración de la direccionalidad del plan depende de tres variables:

- 1) La selección de problemas.
- 2) La selección de los medios políticos, económicos y organizativos para enfrentarlos.
- 3) La búsqueda de resultados como consecuencia del uso de los medios para enfrentar problemas.

La direccionalidad del plan se sintetiza en la matriz proyectos de acción/problemas, por cada problema seleccionado, y se traduce desde la perspectiva gerencial en los módulos de acción, de tal forma que: se defina claramente el responsable director de cumplir las acciones y los destinatarios de los beneficios; se precisen los medios concretos que se utilizarán para alcanzar los efectos y resultados previstos; se prevean en dimensión y alcance los resultados esperados; se exija una aplicación de recursos de poder y económicos, y se establezcan tiempos de ejecución y resultados.

La viabilidad del programa direccional

El momento estratégico se concentra en la articulación entre el "debe ser" y el "puede ser". Pero este no es un ajuste pasivo; el "debe ser" es persistente y dominante cuando existe una voluntad de cambio que enfrenta activamente el dilema: puede ser pero no debe ser/no puede ser pero debe ser.

Un primer grupo de pistas metodológicas está dirigido a contestar las siguientes preguntas:

- ¿Son políticamente viables los proyectos políticos, económicos y organizativos?
- ¿Son económicamente viables los proyectos económicos, políticos y organizativos?
- ¿Son organizativamente viables los proyectos organizativos, políticos y económicos?

Un segundo grupo está dirigido a establecer cuál es la estrategia de construcción de viabilidad más adecuada: de colaboración, cooptación o conflicto; solas o en combinación.

El sistema de dirección estratégica

Hasta aquí hemos visto la planificación como si ella consistiera en conocer la realidad, diseñar el futuro y estudiar las posibilidades de realización del plan.

La verdad es que se trata de un proceso permanente e incesante de gobierno: hacer, revisar, evaluar y rehacer planes que solo remata su tarea en la decisión concreta de día a día, traduciéndose, en el plano gerencial, en la configuración de un sistema de dirección estratégica, sin mengua de la acción directa sobre los problemas terminales urgentes.

Las pistas metodológicas en este sentido pueden reconocerse a través de la propuesta de estructurar cinco subsistemas de:

- Planificación en la coyuntura: se concentra en los problemas y operaciones estratégicas y constituye el centro de la dirección estratégica.
- Gerencia por operaciones: transforma el sistema de dirección en un sistema recursivo que se reproduce hasta los niveles de base guiado por el criterio de eficacia en el enfrentamiento de los problemas.
- Petición y rendición de cuentas: aborda la evaluación de la marcha del proceso de cambio situacional según la distribución de responsabilidades institucionales y organizativas que establece la estructura modular del plan.
- Presupuesto por programa y de emergencia en sala de situaciones: en el primer caso señala la eficacia de la relación recursos/producto y, en el segundo caso, apoya la dirigencia en el desarrollo del proceso global de planificación estratégica situacional.

REFLEXIONES FINALES

El pensamiento estratégico situacional posee un importante potencial conceptual y metodológico, pero plantea a su vez retos y desafíos en ese mismo orden en el campo de la planificación y gobierno de la FTS en Nicaragua, que es necesario enfrentar desde las experiencias ya desarrolladas en este sentido, perfeccionándolas y, paralelamente, recuperando el acervo de información e instrumental metodológico y técnico útil para estos fines, existentes en el campo del desarrollo de los recursos humanos producto de la aplicación de otros enfoques.

Las pistas metodológicas encontradas dan una idea aproximada de las complejidades que posee la traducción operativa del pensamiento estratégico situacional.

También colocan en evidencia hasta qué punto, producto del esfuerzo nacional en el último período de gestión institucional (1987–1989) en el campo de la planificación y gobierno del sistema nacional de salud y de la fuerza de trabajo, es posible reconocer capacidades acumuladas en esta dirección, cuya movilización y fortalecimiento pueden contribuir sustantivamente a lograr avances en el plano metodológico e ideológico, dentro de este enfoque, en el campo del desarrollo de los recursos humanos en salud.

Al mismo tiempo tiene especial importancia el estudio y la recuperación de las experiencias existentes en el campo de la planificación y gobierno de la FTS producto de la aplicación de otros enfoques, valioso capital que contribuye a darle especificidad a los aspectos conceptuales y metodológicos propuestos por el abordaje estratégico situacional.

Por otro lado, la posibilidad en el país de abrir espacios en sistemas de salud seleccionados para trabajar este tema, crea interesantes ámbitos de práctica metodológica y respuesta gerencial concreta que pueden tener un efecto catalizador para obtener una primera versión operativa de lo que puede ser la aplicación del pensamiento estratégico situacional a la planificación y gobierno de la FTS.

Es más, si la experiencia genera un arsenal metodológico consistente sería posible abrir un debate nacional para discutir la experiencia y evaluar su generalización, con perspectivas de proporcionar a la subregión aportes interesantes en este sentido.

Lo más recomendable sería profundizar las líneas generales de elaboración metodológica esbozadas en este trabajo a partir de cuatro fuentes:

- El perfeccionamiento de la experiencia nacional en este campo.
- La permanente actualización sobre los aspectos teóricos y metodológicos desarrollados internacionalmente a partir de este enfoque.

- El estudio y la recuperación del acervo de información e instrumental metodológico y técnico desarrollado en el ámbito de los recursos humanos sobre el tema de la planificación y gobierno de los mismos desde otras perspectivas.
- La docencia e investigación aplicada en servicios de salud y sistemas locales sobre la potencia operativa y metodológica del pensamiento estratégico situacional.

Agradecimiento. El autor agradece los valiosos aportes de la Lcda. María Isabel Turcios, Coordinadora Nacional del PASCAP/NIC y del Dr. Fabio Salamanca, Consultor Subregional para la Integración Docente-Asistencial en Centroamérica.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 Modificado a partir de Vilaça, M.E. *La planificación de la salud en el Brasil. Orígenes, evolución, análisis crítico y perspectiva. Texto preliminar.* Trabajo presentado en el Seminario Nuevos Horizontes, promovido por la Prefectura Municipal de Belo Horizonte, 1987, p. 27. (Original en portugués.)
- 2 Estas consideraciones se basan en el pensamiento del Dr. Carlos Matus, consignado en la bibliografía que se describe a continuación:
Matus, C. *Adiós Señor Presidente/Planificación, antiplanificación y gobierno.* Caracas, Venezuela, Litografía Melvin, 1987, p. 239.
Ibid. *Planificación, libertad y conflicto/Fundamentos de la reforma del sistema de planificación en Venezuela.* (Planificación 2000), Caracas, Venezuela, Ediciones IVEPLAN, 1985, p. 80.
Ibid. *Política, planificación y gobierno/2º borrador.* Caracas, Venezuela, Edit. Miguel Angel García e Hijo, 1987, p. 772.
Ibid. *Política y Plan.* Segunda Edición, Caracas, Venezuela, Ediciones IVEPLAN, 1982, p. 18.
- 3 OPS/OMS. *Notas sobre las implicaciones de la Meta SPT/2000, la estrategia de atención primaria y los objetivos regionales acordados para la planificación y administración de servicios de salud.* Documento borrador. Circulación restringida. s.l, s.d, p. 200.

1009

INDEXED

L LA INVESTIGACION EN ENFERMERIA EN AMERICA LATINA¹

*Maricel Manfredi*²

INTRODUCCION

El tema que concierne a esta I Jornada de Investigación en Enfermería reviste gran importancia en la búsqueda de nuevos conocimientos que permitan un accionar de enfermería con bases científicas más profundas y al mismo tiempo más efectivas, eficientes y equitativas. Es a través de la investigación que podemos generar nuevos conocimientos de salud que pueden ser generalizados tanto a nivel global como local, conocimiento que es esencial para una acción efectiva de salud. He dividido mi exposición en cuatro grandes rubros a fin de presentar un panorama general de lo que es la investigación en enfermería y su perspectiva futura desde el punto de vista de la Región. Estos rubros son el contexto en que se desarrolla la investigación, la situación actual de la investigación en enfermería, las perspectivas, y las estrategias para su desarrollo.

No podemos entrar de lleno en el campo de la investigación sin analizar el contexto donde se desarrollan los procesos de investigación y su repercusión sobre estos. Nos acercamos al siglo XXI con una lista de problemas sin resolver, como son: el creciente deterioro político social de nuestros países por la escalante crisis económica, el aumento del armamentismo y los conflictos producidos por la naturaleza y el hombre dentro de un mundo superpoblado.

Esta crisis tiene grandes repercusiones en los sectores sociales como salud y educación al no considerarse estos parte del área productiva. Las consecuencias sociales de la crisis que vive la Región son preocupantes ya que esencialmente han significado un acrecentamiento de la desigualdad y un crecimiento de la pobreza, lo cual se ha visto magnificado tanto por las interrupciones originadas por la urbanización masiva como por el creci-

¹ Ponencia presentada en la I Jornada de Investigación en Enfermería. Escuela de Enfermería, Universidad de Carabobo, Venezuela, noviembre de 1990.

² Asesora Regional de Educación en Enfermería, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

miento demográfico (1). El impacto de los ajustes económicos han deteriorado el desarrollo humano, incluso en algunos países donde este último era un factor importante dentro de sus procesos políticos y sociales.

La crisis y el ajuste (y, en ocasiones, peor el ajuste que la crisis) han agudizado algunos problemas de salud en la Región y están contribuyendo a generar problemas nuevos de enorme gravedad (2). La reanudación del crecimiento económico en un contexto de transición democrática implica que tendrán que superarse las barreras que históricamente han impedido que la riqueza producida se utilice en beneficio del bienestar de la población. Además de este desafío, los nuevos modelos de desarrollo deben también enfrentar un contexto de transformación acelerada de la base productiva a nivel mundial con la introducción de nuevas tecnologías, materias primas y formas de organización de la producción. Estos cambios han creado nuevos paradigmas de inserción en los países y regiones en la división internacional del trabajo y la producción (3).

Para superar la crisis es preciso una revisión profunda de los modelos de desarrollo que, además de basarse en los valores fundamentales de democracia y justicia social, otorgue un papel destacado al desarrollo científico-técnico. El dominio de las nuevas tecnologías es un elemento crucial de esta revisión. Las decisiones de cómo obtenerlas, desarrollarlas y utilizarlas son esenciales para promover en los países de la Región el desarrollo de una base tecnológica que permita aumentar su campo de acción como naciones soberanas tanto ahora como en el futuro. En diversos foros internacionales, tanto de naturaleza política como científico-técnica, los líderes políticos e intelectuales de las Américas han manifestado que "la reinscripción de la Región en el orden mundial depende de la incorporación masiva y generalizada de la revolución tecnológica en los sistemas económicos y sociales" (OEA, 1987).

El campo de la salud y las disciplinas científicas con él relacionadas poseen una serie de características favorables para asociarse en el esfuerzo de hacer más dinámico el desarrollo científico-tecnológico de los países de la Región.

El desarrollo científico-técnico en salud —además de permitir la disminución de la dependencia en el sector de insumos estratégicos— viene siendo reconocido como elemento de fundamental importancia para apoyar los procesos de reorganización de los servicios de salud con vista a la obtención de la equidad y una mayor eficacia y eficiencia sociales. Pero a pesar del reconocimiento explícito de la importancia de la ciencia y la tecnología en el campo de la salud, y de la existencia de organismos estatales específicamente dedicados a su promoción, el sector ha encontrado muchas dificultades económicas, particularmente la disminución del gasto público, puesto que el desarrollo y mantenimiento de la infraestructura científico-técnica depende esencialmente de las inversiones del Estado. Casi ningún país de la Región ha logrado aproximarse a la meta de 1% del PIB para

gastos en investigación y de desarrollo propuesta por las Naciones Unidas y se observa más bien un alejamiento de la misma en los últimos años (3).

Pero más importante que el nivel de gasto e inversión en tecnología es la capacidad de los gobiernos para instrumentar políticas tecnológicas que aseguren acceso universal, den prioridad a una cobertura tecnológica de alta efectividad y lo logren además con un nivel de gasto e inversión razonables. Estableciendo objetivos de mayor alcance estas políticas podrían incentivar la producción nacional y estimular el desarrollo científico y tecnológico endógeno.

Con objeto de que los países logren avanzar en ese sentido y sean protagonistas en el desarrollo científico y tecnológico en salud, se requiere la integración en los ámbitos internacionales; la integración de esfuerzos y financiamiento público y privado; la integración de los procesos de investigación, desarrollo y producción; el establecimiento de estándares y prioridades tecnológicas; la inversión en formación de cuadros técnicos y gerenciales y en elevar el nivel educacional básico y especializado de la población (3).

Para los profesionales de la salud y, especialmente, para la enfermería es importante en estos momentos de crisis el apoyo a la actividad investigativa que permita el establecimiento de nuevas formas de abordar las acciones de salud y de formación de los recursos y el uso racional de tecnologías que contribuyan dentro de cada contexto a la búsqueda de respuestas adecuadas.

SITUACION ACTUAL DE LA INVESTIGACION EN ENFERMERIA

Sigue siendo escasa la producción de investigación en enfermería. Esta observación es válida tanto para la enfermería como sujeto de la investigación aplicada a los aspectos científicos y tecnológicos del proceso de salud y enfermedad y de la atención directa de los servicios, como para la enfermería como objeto de la investigación, sea durante la formación o en la práctica profesional (4).

El estudio sobre tendencias de investigación en enfermería realizado con motivo del I Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, auspiciado por la OPS, mostró que la investigación en el área de enfermería sigue siendo limitada, restringida en su capacidad generalizadora, pobremente apoyada y, por ende, pobremente diseminada.

De manera general puede observarse que los hallazgos sugirieron un énfasis clínico que posiblemente refleja no solo los modelos de preparación de profesionales que han privilegiado los aspectos de la clínica, sino aspectos que se refuerzan cuando se analiza la distribución de investigaciones según sujetos de atención, donde se comprueba que la mayoría

de los estudios utilizó al individuo como objeto de estudio, dejando a la familia y la comunidad en un segundo plano.

El estudio, por otra parte, mostró que las investigaciones referentes a la utilización de materiales y tecnologías son bastante incipientes. Ahora bien, teniendo en cuenta que la práctica de enfermería, dentro del proceso de trabajo en salud, viene sufriendo el impacto de transformaciones organizativas donde la introducción de nuevos materiales y tecnología específicas ha jugado un papel importante, se puede considerar este hallazgo como uno de los grandes vacíos de conocimiento de enfermería, un aspecto que en sí mismo sugiere debe recibir mayor atención.

Por otra parte, el estudio reflejó que las investigaciones en su gran mayoría fueron de carácter descriptivo aclarando el desarrollo en que se encuentra la investigación en enfermería. Se comprobó asimismo la influencia de corrientes positivistas y de aquellas que enmarcan las conceptualizaciones dominantes en el campo de la salud. La utilización de la metodología descriptiva constituye un área crítica que explica el desarrollo inicial en que se encuentra la búsqueda y comprensión del objeto de enfermería.

Al parecer, las enfermeras investigan bastante sobre su propia práctica; sin embargo, el estudio mostró que hay una tendencia muy marcada hacia el trabajo individual. La participación de otros profesionales es minoritaria y parece que ocurre en función de la necesidad de apoyo al proceso, como por ejemplo la estadística.

Los resultados del estudio siguen mostrando ampliamente el área crítica relacionada con la difusión de los resultados de la investigación, situación que amerita atención prioritaria por cuanto es la primera condición para la utilización de los resultados de esas investigaciones.

Vale la pena destacar la labor que desarrollan las enfermeras con grado de maestría en el campo de las investigaciones. Un hallazgo muy favorable hace relación con el número de enfermeras con formación de pregrado (Licenciatura) que están produciendo investigaciones sobre la práctica de enfermería. Resulta más relevante aún este resultado, si se tiene en cuenta las grandes limitaciones económicas y de apoyo logístico para la ejecución de las investigaciones, detectadas a través de este estudio. Es conveniente recordar que el 72,79% de las investigaciones son autofinanciadas.

En forma general se puede afirmar que, de acuerdo con los factores de carácter operativo y con las condiciones para el desarrollo de la investigación en enfermería, los problemas se pueden ubicar dentro de dos grandes áreas relacionadas con la institucionalización y la sistematización de la producción científica, y la publicación y utilización de los resultados de las investigaciones. En cuanto a la sistematización existe una carencia de políticas, líneas y directrices, escaso apoyo logístico y financiero, dificultad para la coordinación intra e intersectorial y para la organización

del desarrollo de la práctica investigadora así como para la formación de recursos humanos observándose en esta última problemas para la selección de metodologías apropiadas al tipo de estudio (5).

Todo esto nos conduce a pensar que el proceso de institucionalización y sistematización de la producción científica en enfermería está muy limitado.

Con respecto a la publicación y diseminación de la investigación, Transquist manifiesta que mientras las enfermeras hacen grandes esfuerzos para construir un cuerpo de conocimientos a través de la investigación mucha de esta investigación se queda sin publicar y permanece inédita y desconocida. Es cierto que algunas investigaciones no merecen publicarse pero muchas contienen información que puede ser de valor para otros investigadores y algunas presentan innovaciones muy valiosas para la transformación de la práctica (6).

PERSPECTIVAS DE LA INVESTIGACION

El futuro de la investigación en enfermería se presenta bastante positivo. Muchos de los países han empezado a desarrollar formas de sistematizar la investigación a través de diversos mecanismos como son la creación de Comisiones Nacionales de Investigación en Enfermería, el establecimiento de Unidades de Investigación en Enfermería dentro de las universidades, o la propuesta, en discusión en este evento, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Carabobo, cuyos fines y prioridades son los de fortalecer la investigación en enfermería enmarcada dentro de las políticas de ciencia y tecnología de los países. Los foros a nivel internacional, como han sido los Coloquios de Investigación de Enfermería primero en Colombia y luego en México, permiten la divulgación de investigaciones de enfermería a nivel de las Américas y el intercambio entre la comunidad científica de enfermería.

A fin de continuar impulsando la investigación en enfermería se necesita del establecimiento de varios mecanismos, como anteriormente se mencionara, que permitan la inclusión de la investigación en enfermería en las agendas científico-técnicas de los países. Para lograr esto, se recomienda:

La definición y desarrollo de la política de investigación en enfermería

La definición e implementación de una política de investigación en enfermería requiere enmarcarse dentro de la política nacional de ciencia, de tecnología y de salud, la cual coadyuvará a la sistematización y a la institucionalización del quehacer científico.

Para la confección de políticas podría tomarse el punto de vista de Llops quien menciona "El objetivo fundamental de la política científico-técnica en el campo de la salud deberá ser: el de contribuir de forma importante a la solución de los problemas de salud, favoreciendo así el desarrollo de la salud de la población en una época dada, en condiciones particulares y concretas; por tanto la política científico-técnica deberá tratar de guardar siempre que se pueda armonía con la política integral del desarrollo planificado al nivel de que se trate, ya sea de grupo, de instituciones, o de un sistema particular o nacional" (7).

Dicha política de investigación debe utilizar la articulación docencia-servicios y fundamentarse en la realidad del sector salud y en las necesidades de la población. La definición de esta política de investigación en enfermería permitirá la identificación de áreas prioritarias y se ajusta a la dinámica de los procesos de desarrollo nacional. El señalamiento de prioridades orientaría el desarrollo de la investigación sobre los problemas más relevantes en la práctica de enfermería y facilitaría el mejoramiento en la calidad de la atención ofrecida a los usuarios (5).

La Dra. Ada Jacox en su artículo "The Coming of Age on Nursing Research" expresa: "En el conocimiento de cómo cuidar de la gente que está enferma y de cómo prevenir la enfermedad y promover la salud, la ciencia del cuidado de salud está incompleta; al tratar de integrar la investigación de enfermería a la estructura social estamos tratando de cambiar el sistema de valores en que se basa el cuidado de salud y la investigación de prestación de servicios de salud" (8).

La anterior aseveración nos indica la importancia de la investigación en enfermería y su contribución al sistema de prestación de servicios así como el reconocimiento que esta investigación debe tener por parte de la comunidad científica. Este reconocimiento se dará cuando se permita a los investigadores de enfermería participar en la formulación de políticas a nivel científico.

Areas o líneas de investigación

La importancia del desempeño de la enfermería dentro del equipo de salud y en relación a la meta SPT/2000 es indiscutible, no solo desde el punto de vista de sus números mayoritarios dentro del personal, sino además porque son los que tienen más contacto directo con la población sujeto y objeto de los servicios.

La necesidad presente de encontrar nuevos modelos de prestación de servicios es evidente si se considera que la transformación necesaria de dichos servicios para el alcance de tales logros significa, además, cambios en los aspectos de práctica y educación del personal de salud.

En el área de la práctica de enfermería y sus interrelaciones con

el proceso educativo es donde la enfermería quizás debe dirigir su esfuerzo en investigación. Es importante que la enfermería investigue, sobre su papel actual, el efecto de las acciones en la comunidad y con la comunidad, desarrolle nuevas formas de práctica y nuevas orientaciones en el área educativa (5).

La enfermería tiene actualmente un amplio campo para investigar dentro del desarrollo de los sistemas locales de salud tanto a nivel de atención de grandes grupos poblacionales como a nivel de la organización de dichos servicios.

A continuación se presentan algunas áreas para la investigación en enfermería en América Latina que aparecen en el documento presentado al II Coloquio Panamericano en Enfermería sobre Términos de Referencia de la Investigación en Enfermería (9).

Estas áreas, manifiestan los autores, fueron seleccionadas basadas en los resultados del estudio de tendencias y en las propias experiencias personales. En la mayoría de los casos representan los problemas más comunes en los países de la Región.

- Investigación sobre el proceso de trabajo en enfermería.
- Investigaciones sobre las acciones de enfermería en los aspectos de promoción, recuperación y rehabilitación en salud.
- Estudios dirigidos hacia el avance de las bases de conocimiento específico de enfermería, de la tecnología y los instrumentos utilizados en la intervención.
- Estudios que contemplen el análisis de las características de los trabajadores en enfermería.
- Estudios sobre la formación de recursos humanos en enfermería.

Las propuestas antes presentadas no agotan las posibilidades de estudio ni incluyen la validez y contribución de otros estudios. Sin embargo, para establecer prioridades se sugiere considerar aquellos problemas que en un determinado momento histórico se presentan con mayor intensidad y que merecen especial atención en cada país o región y que ofrecen aportes sustanciales para el desarrollo de políticas de salud resolviendo las demandas en aspectos de servicio, tecnología, administración y desarrollo de la investigación o del conocimiento científico (9).

Estas orientaciones ofrecen posibilidades infinitas a las enfermeras en los países para plantear sus propias prioridades, realizar estudios colaborativos con otros países sobre áreas comunes o realizar estudios comparativos.

Fomento a la institucionalización de la investigación en enfermería.

Para fomentar la investigación se considera importante:

- Desarrollar centros o unidades investigativas en unidades docentes y de servicio o de forma integrada entre estos dos sistemas para el apoyo operativo del proceso.
- Fortalecer los programas de formación de recursos humanos (pregrado y posgrado) en los aspectos de diseño y aplicación de metodologías específicas.
- Coordinar los esfuerzos entre organizaciones profesionales con las áreas de docencia y servicio en la búsqueda de apoyo financiero.
- Crear mecanismos de coordinación con los organismos encargados de la ciencia y tecnología en los países respectivos de tal manera que se logre ampliar el espacio y la participación de la enfermería, facilitando la búsqueda de apoyo técnico y financiero para la investigación.

La formación de investigadores

Dentro de las funciones generales de la mayoría de las instituciones educativas encontramos la docencia, el servicio y la investigación. Sin embargo, es a través de la investigación donde se logra que las otras dos funciones se realicen de una manera dinámica, sistemática y fundamentada en la realidad.

Uno de los lineamientos que se deriva de la interrelación entre la docencia, extensión e investigación se refiere a la vinculación entre la teoría y la práctica. En el enfrentamiento entre la teoría y la práctica es donde el alumno puede observar, analizar, criticar y buscar información sobre los problemas de la realidad, a fin de escoger alternativas, presentar y ejecutar soluciones basadas en el análisis, modificando o contribuyendo a modificar procesos o elementos de ese ambiente social del cual es parte. Es decir, la investigación no puede ser una actividad al margen de las actividades de docencia y servicio, por lo que se debe vincular a la actividad práctica (10).

A mi manera de ver la enseñanza de la investigación se debe considerar a tres niveles.

- **Apreciación de la investigación:** Toda enfermera deberá ser capaz de leer y evaluar los resultados de la investigación y estar preparada para examinar su propia práctica a la luz de dichos resultados. Los administradores de enfermería deberán ser capaces de identificar áreas a investigar y los educadores necesitan

utilizar los resultados de la investigación en su enseñanza y alimentar en los estudiantes la interrogancia de su propia práctica.

A nivel de la formación básica se debe orientar la enseñanza de la investigación hacia crear en el estudiante actitudes críticas y reflexivas sobre su propio quehacer así como el desarrollo de una conciencia científica. Esto por supuesto debe acompañarse de una sólida base de conocimientos técnicos y científicos de las disciplinas básicas de enfermería.

- Conocimiento y entendimiento de la metodología de investigación: Grupos de enfermeras en posiciones claves en educación y servicio necesitan adquirir conocimientos sólidos en metodología de investigación, bien sea para participar en investigación con grupos multidisciplinarios o para el desarrollo de sus propios trabajos de investigación.

Para esto se requiere fortalecer a nivel de la formación posgraduada el área de investigación, maestrías y doctorados. Además, es de suma importancia aumentar la capacidad investigativa de las profesoras de enfermería que ofrecen estos programas, lo que quizás se pueda lograr aunando esfuerzos a nivel nacional e internacional por medio de intercambio de experiencias, investigaciones colaborativas, profesores visitantes, etc.

- Carrera de investigadores: Un grupo específico de enfermeras deberán ser altamente preparadas para hacer carrera en investigación, y poder dedicarse la mayor parte del tiempo a ella cuando esta oportunidad se presente. Esto solo se logrará una vez que se puedan crear mecanismos en que la enfermera participe más activamente dentro de los avances científicos y tecnológicos en los países. Existen experiencias peculiares como son la reciente creación del Centro para Investigación de Enfermería en los Institutos Nacionales de Salud en los Estados Unidos y la participación de la enfermería en el CNPQ de Brasil (Consejo Nacional de Pesquisa). Sin embargo, la enfermería a nivel latinoamericano debe empezar a considerar la oportunidad de formar un grupo de enfermeras a nivel de doctorado altamente capacitadas que puedan dar liderazgo al área de investigación en enfermería y contribuir al desarrollo de la ciencia en enfermería (11).

Diseminación y uso de resultados de la investigación

Es importante fortalecer los mecanismos de reconocimiento de la práctica investigativa en enfermería a través de la divulgación de resultados por medios que tengan un impacto mayor dentro de la profesión de

enfermería así como su difusión en revistas y libros. Hasta el momento son pocas las revistas de enfermería en español que tienen una publicación regular donde puedan aparecer los trabajos. Sin embargo, existen algunas que han conseguido mantenerse de una manera sistemática y cuya temática se refiere especialmente a investigaciones. Asimismo, existen un sinnúmero de revistas nacionales y extranjeras en el área de la salud que dan cabida a publicaciones de trabajos realizados por distintos profesionales de la salud. La enfermería debe introducirse dentro de la comunidad científica internacional a través de la presentación de trabajos para ser aceptados en dichas revistas. La OPS en su revista *Educación Médica y Salud*, y el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, ofrece espacios para publicar trabajos de investigación que estén acordes con los fines de la OPS y que llenen los requisitos exigidos para publicaciones.

A través de la colaboración en la realización de los Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería también se abre un espacio para dar a conocer los resultados de trabajos de investigación así como para la formación de redes y grupos de interés en determinados temas.

Financiación, evaluación y orientación

Dentro de los núcleos establecidos para el desarrollo de la investigación, deben constituirse Comités que se encarguen de conseguir la financiación para proyectos que han sido aprobados y que por sus características de prioridad tengan más probabilidad de ser financiados, así como encargarse de la evaluación periódica de los trabajos y reorientación de los programas si es necesario.

Cada vez más existe la posibilidad de acudir a los Consejos Nacionales de Investigación o a las entidades internacionales siempre y cuando los proyectos estén de acuerdo con las metas pre-establecidas. Sin embargo, se necesita que las enfermeras aprendan a presentar proyectos.

La OPS, por ejemplo, tiene un programa de subvenciones "como un instrumento para la promoción de investigaciones orientadas a buscar soluciones a problemas prioritarios entre los cuales la OPS concentró sus líneas principales de acción". Para esto cada programa técnico ha fijado algunas prioridades. Estos proyectos se presentan, en un formato especial, a través de nuestras Oficinas de País, las que a su vez lo envían para revisión del Programa Técnico y del Comité de Investigaciones en la Sede.

ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

Es de vital importancia que en cada país a nivel de asociaciones de enfermeras docentes, de educación y de asociación de servicio y gremiales se describan las estrategias a seguir para el desarrollo de la inves-

tigación en enfermería. Esto se consigue haciendo un análisis situacional del estado de la investigación en esta área y las necesidades de desarrollo de la misma así como la de sus posibilidades. A continuación citamos algunas de las estrategias presentadas en el documento "Términos de Referencia para la Investigación en Enfermería" con el fin de que sean analizados ampliamente e incorporados de acuerdo al estado de desarrollo de los países.

- Propiciar la formación de enfermeras investigadoras, las cuales estarían preparadas para formar núcleos o grupos de investigación que podrían tener carácter unidisciplinario o multidisciplinario.
- Utilizar los Centros Colaborativos de la OPS/OMS y otros centros de investigación en la formación de enfermeras en el área metodológica de la investigación así como en la elaboración, la ejecución y el seguimiento de proyectos.
- Insertar a la comunidad científica de enfermería en los organismos nacionales e internacionales de investigación para que los proyectos que se presenten reciban la evaluación de sus colegas y el financiamiento indispensable para su ejecución.
- Incluir en los presupuestos institucionales partidas que subventionen el desarrollo de proyectos que surgen de líneas de investigación previamente definidas y que permiten a los investigadores su inserción en las diferentes áreas propuestas.
- Crear una infraestructura local, nacional e internacional que sirva de base para desarrollar la producción científica de la profesión considerando, no solo las instituciones educativas, sino abarcando a la totalidad de los servicios y en general a todos los espacios y escenarios donde se realiza la práctica de enfermería. De esa forma se daría continuidad a esta mediante la creación de núcleos que tengan como fin primordial la coordinación, el intercambio de experiencias, y el desarrollo de estudios colaborativos.
- Desarrollar metodologías de investigación que permitan estudiar los problemas abordándolos de acuerdo a la visión del mundo del investigador, la selección de metodologías, los recursos existentes y la factibilidad de los proyectos.
- Apoyar grupos de estudios que surjan de la realidad del trabajo de enfermería, así como de aquellas que a través de un enfoque crítico analicen los aspectos tecnológicos en la prestación de servicios.
- Favorecer el desarrollo de programas innovadores de posgrado en los países de la Región que conduzcan a la formación académica del personal de enfermería utilizando, por ejemplo, el

- establecimiento de convenios entre universidades, centros colaborativos e instituciones de servicio.
- Fortalecer mecanismos que favorezcan el intercambio y la difusión de la producción científica a nivel local, regional e internacional. Se hace necesario un estudio que permita: identificar los medios de difusión existentes en cada país con relación a su cobertura, tipo, cantidad de material publicado y la infraestructura utilizada.
 - Auspiciar la organización de foros nacionales e internacionales de investigación en enfermería que permitan el intercambio y el enriquecimiento de la producción científica generada por la profesión (9).

He tratado de presentar un panorama general de cómo estamos percibiendo a nivel regional el estado de arte de la investigación en enfermería y lo que en algunos foros internacionales se ha discutido para su promoción.

Podríamos concluir diciendo que la investigación en enfermería no debe ser considerada como un asunto de gran complejidad, reservada para ser realizada por unos cuantos, sino que hay que tomarla como un proceso de carácter participativo e interdisciplinario, el cual debe surgir de la práctica y darse en el espacio donde surgen los verdaderos problemas socialmente definidos.

Es por lo tanto necesario que la enfermería parta de una visión totalizadora de la realidad en la búsqueda y fortalecimiento de su saber y su práctica, que integre una postura crítica en sus acciones y que busque en su hacer una praxis transformadora que coadyuve a conseguir una sociedad latinoamericana más justa, más libre y más sana.

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones, estrategias y prioridades programáticas de la Organización Panamericana de la Salud en el cuatrienio 1991-1994. Documento presentado en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, XLIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., septiembre de 1990.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. La cooperación técnica en el contexto de la crisis de desarrollo de recursos humanos. Documento Interino del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Washington, D.C., 1990.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. *Condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990*. Publicación Científica No. 524. Washington, D.C., 1990.
- 4 Ferreira, J.R. Discurso presentado con motivo de un Homenaje a Olga Verderese. II Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. México, 1990.
- 5 Organización Panamericana de la Salud. Estudio sobre tendencias de investigación sobre la práctica de enfermería en siete países de América Latina. Documento en revisión para publicarse. Washington, D.C., 1989.

- 6 Tornquist, E. Strategies for Publishing Research. *Nursing Outlook*. 31:3, 1983.
- 7 Llop, A. Criterios para el establecimiento de prioridades de investigación en salud. *Educ Med Salud* 21(3):193-204, 1987.
- 8 Jacox, A. The Coming of Age of Nursing Research. *Nursing Outlook* 34(6), 1986.
- 9 Organización Panamericana de la Salud. Términos de referencia de investigación en enfermería. Documento presentado al II Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, México. Octubre de 1990.
- 10 Pineda, E.B., *et al.* La enseñanza del método científico en la formación básica del profesional de salud. *Educ Med Salud* 21(3):243-255, 1987.
- 11 Manfredi, M. La investigación en enfermería en América Latina. Presentación al Seminario de Investigación en Educación. San Pedro Sula, Honduras, 1982.

EDUACION PERMANENTE DE PERSONAL DE SALUD: LA EXPERIENCIA DE COSTA RICA

Rodrigo Alvarez Fernández,¹ Rodrigo A. Barahona H.,² María Elena López,³ e Irene Rojas⁴

INTRODUCCION

Son muchos los conceptos que se han ofrecido referente a la educación permanente de personal de salud y todos ellos hacen énfasis en que dicha educación es un componente indispensable de los sistemas de salud, para asegurar la calidad y pertinencia de sus acciones a las necesidades de salud de las comunidades y que permite mantener actualizado al personal que día con día es responsable de la prestación de servicios que las instituciones de salud proporcionan a dichas comunidades.

La educación permanente se concibe como "un proceso permanente, que promueve el desarrollo integral de los trabajadores del sector, utilizando el acontecer habitual del trabajo, el ambiente normal del que-hacer en salud, y el enfrentamiento y estudio de los problemas reales y cotidianos, como los instrumentos y situaciones más apropiadas para producir tal aprendizaje".

En 1975, un grupo de consulta de la Organización Panamericana de la Salud, en reunión celebrada en Washington, D.C., indicó que la educación permanente es "el proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente, destinado a actualizar y mejorar la capacitación de personas o grupos frente a la evolución científico-tecnológica y las necesidades sociales".

Las educación permanente en salud es tarea muy ardua para el personal de salud de cualquier país, pero a la vez muy noble porque trata

¹ Consultor PASCAP/OPS, Costa Rica.

² Director PASCAP/OPS, Costa Rica.

³ Consultora PASCAP/OPS.

⁴ Coordinadora SILOS, Región Huetar Norte, Costa Rica.

de responder a la problemática de salud existente, asegurando la calidad de las acciones educativas que en forma permanente se dan.

A continuación se describe la situación de la educación permanente de personal de salud en Costa Rica, y se dan a conocer, primeramente, algunas actividades que permitan visualizar las etapas evolutivas por las que ha pasado el proceso de enseñanza-aprendizaje en salud del país.

EVOLUCION DEL PROCESO

En Costa Rica el proceso de capacitación en servicio pasó a lo largo del tiempo por diferentes etapas. La I etapa de presentación de conocimientos, en donde educar fue sinónimo de impartir conocimientos; esta etapa en el país se evidenció con la creación del Departamento de Adiestramiento del Ministerio de Salud en 1954.

La II etapa, se refiere a la idea de “que educar es cuestión de convencer”. La preocupación era “adiestrar” al personal de salud, crear respuestas condicionadas y no un proceso de reflexión-acción del funcionario. En esta etapa la Caja Costarricense de Seguro Social, inauguró el “Centro Nacional de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social” (CENDEISSS), entidad que se encargó a partir de ese momento de la Programación Anual de Actividades Educativas.

La III etapa hace hincapié en la tecnología educativa. Se pensaba que el educar adecuadamente consiste en utilizar diferentes técnicas de capacitación con la suposición de una mayor eficiencia de algunas técnicas educativas sobre otras. Se utilizaron mucho los trabajos de grupo, con la finalidad de tornar más participativas las actividades. Sin embargo, se observó con preocupación la limitada formación pedagógica de los docentes, a nivel multidisciplinario, encargados de la capacitación en las diferentes áreas de salud, como para ser capaces de variar y manejar en forma eficiente el entrenamiento de personal.

Fue así como en 1985 se reestructuró el Departamento de Adiestramiento del Ministerio de Salud y se cambió el nombre por el de “Departamento de Capacitación y Formación de Recursos Humanos”, el cual sería responsable a partir de ese momento, de coordinar la planificación, ejecución y evaluación en los servicios de las actividades de educación.

En la segunda mitad del decenio de 1980, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, entraban de lleno en un proceso de desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y de replanteo de las estrategias y metodologías de capacitación del personal. Hasta ese momento la capacitación realizada era desordenada, verticalizada y fragmentada, sin responder a las necesidades de capacitación de los niveles locales y regionales y, por corolario, sin concordancia con las

necesidades de salud de la población. Era un proceso en donde la capacitación fue programada y ejecutada a nivel central.

La IV etapa y última es la de desarrollo de la educación permanente, en la que se considera a la educación permanente como un proceso de adquisición, reafirmación o cambio en los conocimientos, actitudes y prácticas del funcionario respecto a salud. Existe la necesidad en esta etapa de recopilar las necesidades de capacitación del personal de salud de los niveles local, regional y central utilizando una estructura desconcentrada de capacitación.

MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual bajo el cual se desarrolló la propuesta en Costa Rica contempló las estrategias básicas de:

- Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS.
- Coordinación interinstitucional e intersectorial.
- Selección de áreas prioritarias de intervención de acuerdo con la realidad epidemiológica.
- Desarrollo de RRHH de los servicios de salud, con énfasis en la estrategia de educación permanente.
- Participación social.

Se adoptó “La modalidad operativa de sistemas locales de salud (SILOS)”, entendidos como conjuntos de recursos interinstitucionales y comunales ubicados en un área geográfica poblacional. . . que coordinan y articulan las actividades necesarias para satisfacer las necesidades de salud de la población y toman sus decisiones mediante el uso de información actualizada sobre los problemas que afectan esa situación de salud.

Para el desarrollo de los SILOS, se establecieron mecanismos facilitadores de su orientación y conducción, entre los que se destacan los Consejos Técnicos Básicos (CTB), como órganos colegiados técnico-administrativos, responsables de la toma de decisiones en materia de planificación y ejecución de las acciones de salud en el área programática correspondiente y configurados por equipos multidisciplinarios. En ellos participan “los responsables en el nivel local de todas las áreas de actividades de salud y representantes de la comunidad. . .”

“Gran atención se prestó a las actividades de educación permanente necesarias para mantener vigente al personal en el dominio de las técnicas y normas que regulan y dan efectividad en su acción”. Una nueva modalidad se empleó esta vez, en el sentido de que fueron los Consejos Técnicos Básicos (CTB) de cada Centro de Salud quienes señalaron sus propias necesidades de aprendizaje: el desarrollo de los SILOS permitió el análisis de los problemas locales por el propio personal del área, quien

luego efectuó la programación local incluyendo las actividades de educación permanente. (Memoria del Ministerio de Salud, 1988).

En los SILOS se requiere de un proceso de educación permanente, el cual se debe fundamentar en el diagnóstico de salud, la priorización de problemas, la identificación de sus factores condicionantes y de las poblaciones más vulnerables, la elaboración de las estrategias de ataque y la programación local de las actividades, todo esto producto del trabajo del equipo interdisciplinario del SILOS.

El trabajo interdisciplinario y en equipo solo es factible, si el equipo de salud participa en todo el proceso de planificación. Solo así se crea el real compromiso con las prioridades, las estrategias de acción, los objetivos y las actividades programadas.

En este sentido el trabajo aislado por disciplinas o programas pierde sentido y se fortalece la integración de las mismas en los niveles locales. Esto lo hemos visto en la práctica. ¿Qué puede hacer y qué tiene que saber la cuadrilla del equipo de control de malaria para disminuir la mortalidad de menores de cinco años por diarrea en un área geográfica determinada? y ¿qué puede hacer y saber el asistente de salud, la enfermera, el médico, etc., para disminuir la incidencia de malaria en esa misma zona? Es sorprendente ver cómo caen las barreras programáticas y se aúnan los esfuerzos en forma creativa.

Así, la educación permanente contribuye a alcanzar la situación y el objetivo señalado por el propio equipo de salud y pierde el carácter verticalizado y disgregado de la capacitación y supervisión planeada por el nivel central.

Es importante destacar que la unión y la presencia de la epidemiología, las ciencias sociales, los contenidos técnico-normativos de los diferentes programas de atención a las personas (maternoinfantil, salud del adulto, salud ocupacional, etc.), y al ambiente, es indispensable en los SILOS y en los contenidos de la educación permanente. El riesgo y el temor si no se establece esta alianza es quedarse nuevamente en el "cómo" administrativo, hacer del medio un fin por sí mismo y olvidarse de nuevo de la población y de sus necesidades.

SITUACION ACTUAL: CONSOLIDACION DEL PROCESO DE EDUCACION PERMANENTE

En esta última etapa ha tenido una participación muy activa el Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PAS-CAP) tanto desde el punto de vista de cooperación técnica como financiero.

En 1986 se desarrolló el Plan de Apoyo a los Recursos Humanos en Supervivencia Infantil (PRRHH-SR), bajo la responsabilidad del PAS-

CAP-OPS; entre sus componentes estaba el Programa de Apoyo a la Educación Permanente.

Este Programa desarrolló sus actividades dentro del marco conceptual de descentralización de la capacitación y fortalecimiento del desarrollo de los SILOS. Esta propuesta contempló la formación de las Unidades Docentes Regionales (UDR) y de Comisiones Locales de Educación Permanente. Las primeras como enlace de proceso con el nivel central, en un flujo de primera instancia de abajo hacia arriba, buscaba una mayor concordancia entre las necesidades de capacitación del nivel local y las necesidades de salud de la población.

De esta forma se delineó todo un nuevo esquema organizativo de la educación en servicio. Esquema que fue incorporado posteriormente a nivel nacional. El proceso iniciado en el país de desarrollo y fortalecimiento de los SILOS en los años 1987-1988 provocó la necesidad de reorganizar las acciones educativas; primero como una manera de detener la oferta indiscriminada de cursos, talleres, seminarios, etc. que caían a los niveles locales y posteriormente porque se visualizó que la estrategia de educación permanente era la forma idónea para responder a una problemática de salud determinada en cada SILOS y porque era evidente que el recurso humano en cada SILOS tenía particularidades que exigían un abordaje distinto o, por lo menos, no uniforme en las actividades de educación en servicio. Así en la propuesta nacional surge la necesidad de descentralizar la capacitación y de formar comisiones regionales y locales de educación.

En 1988, inició el Ministerio de Salud un plan de capacitación para la docencia, contando con el apoyo técnico y financiero del PASCAP. Con este plan se pretendió brindar capacitación pedagógica, básica e integral, al personal de salud que ya desempeñaba tareas docentes a nivel local, regional y central. Se capacitaron 123 funcionarios de los tres niveles de atención en salud. Conformados en cuatro grupos de trabajo y asistiendo cada uno de ellos a dos talleres de tres días de duración, fueron entrenándose los grupos, en conjunto con algunos funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).

Posteriormente, instituciones fuera del sector salud, pero con responsabilidades e intereses muy concretos en la educación permanente de su personal, como la Dirección General de Servicio Civil y el Ministerio de Trabajo, se incorporaron a dicha capacitación.

La evaluación que se hizo del proceso y del aprendizaje en estos talleres, por parte de planificadores y participantes fue muy positiva. A partir de este momento, la experiencia obtenida fue muy comentada en foros de salud nacionales e internacionales. Esto motivó a las altas autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social a iniciar en 1989 un plan similar de capacitación, con personal de salud homólogo de dicha institución.

Así, la Caja Costarricense de Seguro Social, a partir de 1989, impulsó un proceso similar al del Ministerio de Salud, por medio de acciones coordinadas por el CENDEISSS. Este centro está planificando, ejecutando y evaluando actividades de capacitación para la docencia, tendentes también a conformar una estructura desconcentrada para la educación permanente contando con comisiones para la capacitación a nivel local, en clínicas y hospitales, y a nivel regional, con las Comisiones Regionales de Educación Permanente (CREP) en sedes y hospitales regionales que re-orientan las acciones educativas a nivel central con el CENDEISSS.

El Departamento de Capacitación del Ministerio de Salud y el CENDEISSS de la Caja Costarricense de Seguro Social, dándole seguimiento al proceso con el apoyo de PASCAP, también impulsaron en 1989 y 1990, varias reuniones y talleres de trabajo que produjeron normas, procedimientos y funciones de los facilitadores y coordinadores en capacitación de los Consejos Técnicos Básicos (CTB), Clínicas y Hospitales Locales de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) Comisiones Regionales de Educación Permanente (CREP) y del nivel central respectivamente. Se consolidó de esta manera la infraestructura para la educación permanente que se presenta en la Figura 1.

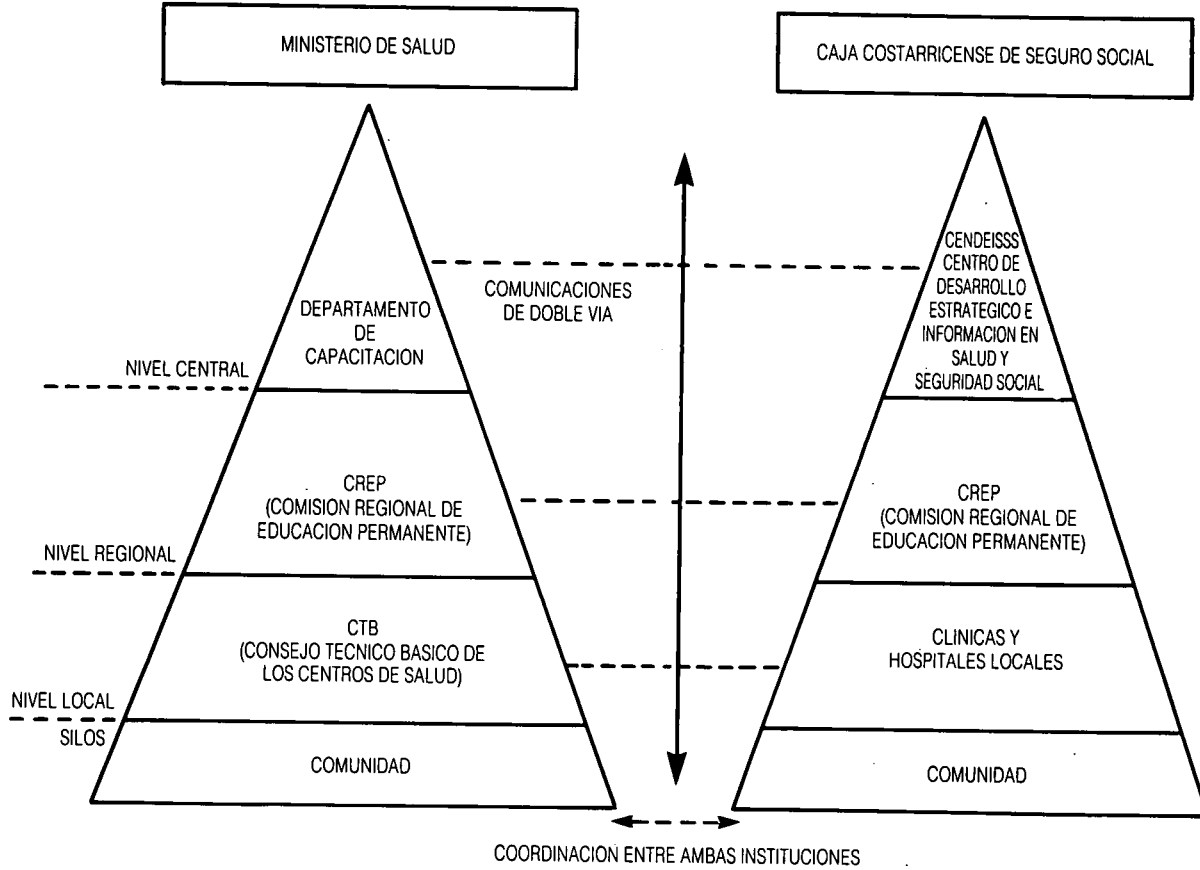
Actualmente las necesidades de capacitación nacen de la lectura de la realidad epidemiológica del nivel local realizada por el equipo interdisciplinario, quien como parte de las acciones correctivas de la situación inicial planea y propone las actividades de educación permanente. Los responsables de su ejecución son todos los funcionarios al desarrollar sus labores cotidianas, apoyados por los jefes inmediatos y supervisores, quienes asumen sus funciones docentes utilizando diversas técnicas didácticas. Las comisiones locales de educación son quienes facilitan su implementación coordinando con las CREP y estas con los niveles centrales en un flujo dinámico de doble vía.

En todos estos esfuerzos del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social, la cooperación técnica y financiera de PASCAP/OPS/OMS, ha sido fundamental. Así lo han expresado las altas autoridades de ambas instituciones, cuando se refieren a la importancia del desarrollo de los recursos humanos en salud y dentro de este, el papel fundamental de contar con un programa de educación permanente, que permita a sus funcionarios estar bien capacitados para prestar servicios de salud cada vez más adaptados a las necesidades locales.

LA EDUCACION PERMANENTE Y EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD. UN EJEMPLO: LA REGION HUETAR NORTE

En esta región la Comisión de Educación Permanente se estableció en 1989, como una respuesta a la problemática encontrada en el

FIGURA 1. Infraestructura para la educación permanente.



proceso de desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud de la Región Huetaar Norte, a saber los SILOS de Los Chiles, Guatuso y San Carlos.

La Comisión en esta Región se integró desde un inicio con personal del Ministerio de Salud y de la CCSS y con carácter regional, iniciándose así todo un proceso de ordenamiento de los diferentes programas de capacitación y/o educación existentes, tratando de coordinar esfuerzos y hacer una mejor utilización de los recursos, con el fin de que toda actividad educativa realizada correspondiera con las necesidades expresadas por cada SILOS, y cubriendo tanto personal sanitario, como pacientes y comunidad.

El diagnóstico de las necesidades de capacitación nació, en primer término, de la discusión de la problemática de salud de la población adscrita, en contraste con la respuesta de los servicios de salud para responder a esa. Esa discusión fue realizada por los equipos locales MS-CCSS, compuestos por funcionarios de diferentes disciplinas y responsables de diferentes áreas técnicas y administrativas; en segundo lugar, de las reuniones mensuales de seguimiento de las actividades programadas que permitían desarrollar algunos temas y a la vez detectar debilidades que retroalimentaban el proceso y, en tercer lugar, de la supervisión dirigida a las áreas de mayores problemas.

El resultado de este proceso de educación permanente se visualiza en los cambios que se han realizado en los servicios y como ejemplos se están ejecutando ajustes en la visita domiciliar, dándose énfasis a los hogares con mayor riesgo en salud, para lo cual se está en un proceso de segmentación de áreas geográficas de mayor prioridad para concentrar en ellas las acciones de salud.

En este proceso, además resaltaron prioridades y necesidades comunes de los SILOS, que generaron actividades uniformes, entre ellas se puede mencionar los talleres de desarrollo de la capacidad gerencial; uso adecuado de los medicamentos; capacitación en el uso y manejo de miniacueductos; talleres de capacitación en técnicas para el trabajo comunal; asambleas comunales de análisis de problemas locales y de planeamiento de actividades conjuntas con las Juntas de Salud y Seguridad Social, Comités de Salud y de Nutrición. Se debe enfatizar que la lectura de la situación de salud bajo la perspectiva de la salud colectiva, obliga a considerar determinantes de la salud de tipo social, cultural, económico y ambiental que usualmente son ignorados en la práctica tradicional de los servicios de salud.

En 1990 se formalizó en cada SILOS la Comisión Local de Educación Permanente, conformada por funcionarios del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social; y la Comisión Regional de Educación Permanente (CREP) como ente coordinador.

Como uno más de los objetivos para 1991 se tiene la integración de otras instituciones en la Comisión, lo cual permitirá una mayor cobertura

y una solución integral a la problemática encontrada. A partir de este año se coordinó con el área de Saneamiento Vegetal, Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), sede San Carlos, el programa a desarrollarse a nivel escolar en forma conjunta con el Ministerio de Educación Pública sobre el uso adecuado de pesticidas como una respuesta a un grave problema de salud, en una zona predominantemente agrícola como la Región Huetar Norte.

En este proceso de desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud, la educación permanente ha demostrado ser un valioso elemento para la consecución de la meta de Salud para todos en el año 2000.

CONCLUSIONES

La experiencia de Costa Rica ha demostrado que:

- El desarrollo y maduración de los procesos de educación permanente va de la mano con el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud en el nivel local.
- Esto significa que a mayor grado de descentralización de la toma de decisiones en los servicios de salud, mayor independencia y conciencia existe de la naturaleza de sus necesidades, incluidas las educativas.
- La acción interdisciplinaria se fortalece al analizar en cada uno de los problemas de salud prioritarios los factores de riesgo prevalente en cada comunidad. Este proceso define las acciones a tomar, exige la interdisciplinariedad y favorece las acciones intersectoriales. Así, las actividades educativas se planean en equipo para el equipo de salud y para otros actores del entorno.
- En este proceso de educación-trabajo es posible identificar las necesidades de cambio en los servicios para responder en mejor forma a las necesidades de salud de la población. Así al iniciar un proceso de educación permanente, se inicia un proceso de transformación de los servicios.

PERSPECTIVAS DE LA EDUCACION PERMANENTE

Costa Rica, tal y como se ha mencionado, ha pasado por varias etapas evolutivas en el concepto de la educación permanente en salud. Desde pensar que la educación continua es cuestión de realizar cursos, talleres, seminarios o cualquier otro método presencial de capacitación, hasta el momento actual, en donde los profesionales de la salud encargados de la educación permanente de sus instituciones, están muy interesados en:

- Mejorar los instrumentos y estrategias para recopilar información sobre necesidades de capacitación.
- Identificar metodologías para la capacitación, que se ajusten a la realidad del país, de manera que el trabajo se torne educativo; es decir desarrollar hasta donde sea posible, un proceso de enseñanza-aprendizaje en el mismo lugar de trabajo.
- Usar recursos audiovisuales de apoyo a la capacitación, apropiados tecnológicamente a las posibilidades de cada nivel de atención.
- Impulsar todo un proceso de supervisión, con el concepto del supervisor educador, orientador, guía, de persona que apoya e impulsa actividades en pro de la educación permanente de sus funcionarios.
- Establecer estrategias para el seguimiento y evaluación del programa de educación permanente, que permita retroalimentar el proceso para hacer ajustes tendentes a mejorarlo.

Se espera a corto plazo iniciar actividades de educación permanente a nivel de SILOS, con profesores de primaria y secundaria. Este entrenamiento será ofrecido por el personal de salud Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social. Se ha preparado un primer manual titulado "Temas de salud para el educador", que servirá de guía al maestro en temas prioritarios de salud. Este será un esfuerzo compartido entre las instituciones de salud y educación en pro del fortalecimiento de los SILOS, con la estrategia de educación permanente y con el apoyo del PASCAP/OPS.

El personal responsable de educación permanente en las dos mayores instituciones del sector salud, Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social, tiene claro que este debe ser un proceso permanente, que promueve el desarrollo integral de sus funcionarios, en función de los requerimientos de los servicios de salud, mediante la utilización de todos los recursos con que se cuente en el ambiente laboral y estudiando los problemas reales que acontecen en el trabajo diario y los instrumentos y situaciones más apropiadas para que se produzca el aprendizaje.

Hay interés político y técnico en salud de propiciar un ambiente laboral adecuado para que sus funcionarios se capaciten de la manera más apropiada posible en forma permanente.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez, R. *Educação em Saúde Pública em Costa Rica*. São Paulo, Brasil, 1979. (Tese de Mestrado-Facultade de Saúde Pública, USP).

Ministerio de Salud. *Memoria Anual 1988*. San José, Costa Rica, 1989.

Ministerio de Salud. *Normas, procedimientos y funciones por niveles de la capacitación en el Ministerio de Salud* (Material mimeografiado, San José, 1989).

Olivares de A.R. *La evolución de los conceptos educacionales en materia de salud y sus implicaciones para la planificación actual de la educación sanitaria. Cuad Esc Salud Pública* (Caracas) 20:37-59, 1970.

Organización Panamericana de la Salud. *Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas*. Propuesta de Reorientación. Serie Desarrollo de Re-

ursos Humanos No. 77. Washington D.C., 1988.

Organización Panamericana de la Salud. *Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas*. Propuesta de Reorientación. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 85. Washington D.C. 1988.

Organización Panamericana de la Salud. *Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá. PASCAP. Educación Continua en Sistemas Locales de Salud*. (Material mimeografiado). San José, 1987.

REVISION DE LOS CONTENIDOS DE POLITICAS, ECONOMIA, PLANIFICACION DE SALUD Y LEGISLACION EN LOS PROGRAMAS DE LAS ESCUELAS DE SALUD PUBLICA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

*Cristina Puentes-Markides*¹

JUSTIFICACION

Este documento fue preparado con el fin de diseminar información sobre la capacitación que en el campo de las políticas de salud y otros campos del conocimiento directamente relacionados con este, ofrecen las Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos. El mismo no pretende evaluar la calidad de la formación de recursos humanos en esta área.

MODALIDAD DEL ESTUDIO

En líneas generales, los componentes que se reseñan a continuación, y los que corresponden al área de infraestructura de los sistemas de salud, constituyen solamente una parte de la totalidad de los cursos de formación en salud pública que ofrecen las escuelas. Estas instituciones docentes se estructuran en departamentos, los que ofrecen una capacitación específica en epidemiología, bioestadística, bioquímica, gerencia de servicios, educación para la salud, desarrollo comunitario de salud, políticas de salud, administración y planificación, salud del medio ambiente, nutrición, salud familiar, inmunología y control de enfermedades, dinámica de población, salud internacional, etc. Las denominaciones de los departamentos

¹ Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Organización Panamericana de la Salud.

no son necesariamente equivalentes en todas las escuelas, y los mismos pueden no ser siempre parte estructural de la institución.

En la elaboración de este documento se han revisado los programas de enseñanza en salud pública de las 24 Escuelas de Salud Pública acreditadas en los Estados Unidos, poniendo especial atención a la capacitación de posgrado en las áreas de políticas de salud, planificación, economía y legislación en salud, debido a su íntima relación teórica y práctica, y su relevancia directa al trabajo del Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la OPS. No se han incluido en este breve estudio cursos relacionados con la administración, programación, gerencia o financiamiento de los servicios de salud.

La información se obtuvo analizando los catálogos producidos por las correspondientes Escuelas de Salud Pública para el año lectivo 1988-1989. A fin de facilitar la ubicación de los cursos mencionados, se ordenaron los mismos según las categorías indicadas en el Cuadro 1, y no de acuerdo a los respectivos Departamentos que dentro de cada institución los ofrece.

A fin de distinguir las áreas temáticas arriba mencionadas se tuvieron en cuenta los títulos de los cursos indicados, así como los textos respectivos que los describen brevemente. Todos los cursos que se consideraron en las categorías de epidemiología, investigación, medio ambiente, nutrición, población, salud mental, salud ocupacional, salud oral y tecnología, se refieren claramente a políticas de salud en cada área respectiva. Los cursos que se incluyeron en el Cuadro 1 bajo la categoría de temas o grupos especiales, incluyen cursos sobre políticas de salud referidas a madres y niños, personas de la tercera edad, minorías étnicas, y problemas específicos relacionados con rehabilitación e incapacidad física, la epidemia de SIDA, alcoholismo, drogadicción y tabaquismo, guerra nuclear, desarrollo y pobreza.

Aunque existen en los Estados Unidos otros programas de salud pública, planificación y administración de salud (con componentes de políticas de salud) en universidades y colegios, además de los ofrecidos por las Escuelas de Salud Pública, el análisis del contenido de los mismos no es objeto de este estudio.

Existen asimismo otros campos del conocimiento cuya contribución real directa o indirecta a los procesos de desarrollo de políticas de salud es innegable, como por ejemplo las ciencias políticas, la sociología o la antropología. Sin embargo, los cursos correspondientes a estas disciplinas no se han incluido en este estudio, ya que los mismos se dictan en las respectivas facultades y no en las escuelas de salud pública, objeto del presente estudio.

En este sentido, vale la pena señalar que la estructura de la educación superior en los Estados Unidos, permite al estudiante diseñar con cierta libertad su programa de estudios. Se requiere que el estudiante tome cierto número de cursos (horas-crédito) que son básicas para obtener

CUADRO 1. Cursos en Escuelas de Salud Pública (EUA).

Escuelas	Polit Gener	Anal Polit	Econ	Etica	G/T	Inves	Leg/ Reg	Medio Ambie	Met	Plan	Sist Salud	Otros	Total
Alabama	5	2	2	0	3	2	1	0	0	1	0	1	17
Boston	2	1	1	0	1	0	8	0	0	1	1	2	17
Berkeley	4	1	3	0	1	0	1	1	3	1	1	0	16
Los Angeles	2	1	3	0	3	2	1	0	1	2	1	1	17
Chapel Hill	18	1	3	2	3	0	2	3	6	1	1	4	44
S. Carolina	1	0	1	1	1	0	1	2	1	1	0	1	10
Columbia	3	1	1	3	3	0	4	1	1	4	1	2	24
San Diego	1	0	3	0	0	0	1	0	1	2	0	0	8
S. Florida	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	2	8
Harvard	5	3	8	1	3	2	3	0	6	4	1	4	40
Hawaii	2	1	0	1	4	0	1	0	2	3	0	3	17
Chicago	1	0	2	0	0	0	3	1	1	2	0	1	11
J. Hopkins	8	2	6	2	5	1	2	4	6	1	1	7	45
Loma Linda	2	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	1	9
Massachusetts	0	0	2	1	0	0	2	1	0	2	1	1	10
Michigan	9	3	8	1	7	2	5	6	3	3	2	9	58
Minnesota	4	0	3	2	2	1	1	0	0	0	3	0	16
Oklahoma	2	0	2	0	2	0	1	4	1	2	1	1	16
Pittsburgh	3	1	2	1	2	0	2	0	0	2	0	0	13
Puerto Rico	0	0	1	0	2	1	2	1	3	1	2	2	15
Texas	2	1	3	1	1	0	1	2	3	2	0	1	17
Tulane	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	5
Washington	1	1	2	0	2	0	1	0	0	1	2	0	10
Yale	4	0	4	0	3	2	1	1	1	0	1	3	20
Total	80	21	65	18	49	13	47	28	39	36	21	46	463

su título (en general las maestrías en salud pública requieren entre 36 y 60 horas), y las demás horas son cubiertas con cursos electivos de interés para el estudiante y relevancia para su formación integral en la materia. Por otra parte, los estudiantes que inician un posgrado en salud pública, tienen una formación previa en otras disciplinas (como por ejemplo en medicina o en alguna de las ciencias sociales).

ACLARACION SOBRE ALGUNOS CONCEPTOS

En inglés, existen dos conceptos diferenciados referidos a "politics" y "policy". Se presenta un problema al tratar de traducirlos al español, ya que en este caso el sustantivo política traduce ambos conceptos, y en la actualidad política en general incluye las políticas particulares referidas a la solución de problemas sociales o económicos específicos.

"Politics" en su acepción de política se refiere en términos generales a "actividades que de alguna manera tienen como referencia al Estado", y se caracteriza por una connotación de lucha por el poder con

respecto a decisiones específicas². Dentro de esta definición amplia se podría incluir "policy" como aquellos cursos de acción tomados por el Estado para responder a problemas que afectan a la sociedad, podría interpretarse como una versión más suave de política. En este sentido, "policy" se acerca a la concepción de planes y programas, ya que una política tiene carácter de tal cuando se ha determinado su factibilidad social, económica, institucional y técnica, y es claro que será ejecutada. Las leyes en general, y entre estas las regulatorias, no son equivalentes a políticas, ya que las leyes pueden ser apeladas, y las políticas son mucho menos apelables.

Según Dror, en idiomas como el español donde no existe diferenciación entre "politics" y "policy", el concepto de planificación en general y de planificación política en particular se sobreponen al significado de "policymaking" en inglés³.

Existen varios significados de "policy", en general complementarios, y que básicamente la definen como lineamientos más o menos articulados y estables de cómo lidiar con un problema, condicionados por suposiciones acerca del contexto en que estos surgen. En inglés también la distinción entre "policy" y programa no es clara, ya que la ejecución de políticas específicas está íntimamente ligada a los resultados de los programas.

El campo de las "policy sciences" (de las ciencias de las políticas y no de las ciencias políticas) se ha ido construyendo en los Estados Unidos utilizando marcos conceptuales de otras disciplinas como la sociología, la legislación, los análisis políticos y organizacionales, así como métodos y técnicas de los campos de la economía, las matemáticas, la investigación de operaciones y los análisis de sistemas.

En estos últimos años, la investigación en estas disciplinas han desarrollado asimismo métodos de análisis cuya utilización en investigaciones específicas ha dado resultados que contribuyen al desarrollo y análisis de políticas de salud. El área de análisis de políticas comienza a desarrollarse formalmente en el campo general de las políticas (policy sciences) alrededor de 1960.

Los análisis de políticas (policy analysis) entendidos dentro de este contexto tienen un carácter aplicado, socialmente relevante, multidisciplinario, integrativo y dirigido a la resolución de problemas. Los marcos teóricos y las técnicas de análisis utilizadas en los análisis de políticas están destinados para que aquella o aquellas personas que tienen el poder de decisión y utilizan procesos lógicos de análisis, argumentación y decisión exploren los mejores caminos para lograr los objetivos planteados, y tomen las decisiones correspondientes.

² Bobbio, N. y Matteucci, N. *Diccionario de Política*, 4a. ed. México, Editorial Siglo XXI, 1986 (en español).

³ Dror, Y. *Policy-Making Under Adversity*. New Brunswick, Transaction Books, 1986.

El campo de análisis de política (entendido como "policy analysis") coincide en parte con el de la planificación, ya que el objetivo de ambas actividades es promover el bienestar de los individuos. Según Laswell y otros, las políticas (policies) anticipan eventos futuros e intentan cambiar el curso de estos eventos; la planificación de políticas es así una forma de proyección social, y en este sentido se acerca a la planificación estratégica⁴.

Los análisis de políticas presuponen un alto grado de objetividad y amplitud dirigida hacia la recolección y evaluación de la evidencia, y hacia la experimentación de bases y supuestos de tácticas varias de predicción y evaluación. Por otra parte, el desempeño de los instrumentos analíticos depende menos en sus propiedades formales que en el contexto político y administrativo en el que operan. En este sentido, los análisis de viabilidad política forman parte vital de todo análisis de políticas a implementar⁵.

Aunque las opiniones varían entre los autores, se puede afirmar que en términos generales, el campo de "policy analysis" se diferencia de la planificación en que la formulación de políticas es su objetivo primordial. Es decir, consiste más bien en la planificación de las políticas o cursos de acción seleccionados, costeados, valorados y no solamente la elaboración de planes y programas. El análisis de políticas, de la forma como es usualmente conducido en los Estados Unidos, consiste en un análisis de eficiencia aplicado, y los planes y programas formalizan las directivas provistas por estas políticas específicas.

La planificación, por el contrario, puede aparecer como una actividad cuyo foco es específicamente organizacional (planificación corporativa) o tiene que ver con algún sector de la economía o la sociedad (planificación sectorial), o algún aspecto del comportamiento total social (planificación del medio ambiente, por ejemplo). La cobertura de los análisis de políticas parece más restringida, estructurándose según la manera en que se perciben los problemas, los argumentos que se dan a lo largo del proceso entre los grupos y actores sociales, cuyas motivaciones, intereses y creencias pueden oponerse, por la intensidad del conflicto, y por la gama de soluciones consideradas factibles, juzgándose su eficacia por los efectos a largo plazo más que por sus consecuencias inmediatas⁶.

BREVE ANALISIS

En este estudio se han incluido los cursos generales de políticas de salud y los de análisis de políticas, cuyos contenidos de manera general

⁴ Laswell, H. et al. (eds.) *Patterns of Policy*. New Brunswick, Transaction Books, 1979.

⁵ Majone, G. *Evidence, Argument and Persuasion in the Policy Process*. New Haven, Yale University Press, 1989, p. 119.

⁶ Self, P. "Planning: Rational or Political". En Baehr, P.R. y Wittrock, B.: *Policy Analysis and Policy Innovation*. Beverly Hills: Sage Publications, 1981.

se refieren a los marcos teóricos o conceptuales. Los cursos cuyos contenidos enfatizan las aplicaciones prácticas de técnicas y conceptos se han incluido en la categoría de métodos de investigación y análisis.

Los cursos ofrecidos por las Escuelas de Salud Pública en los campos del conocimiento arriba indicados totalizan 463, según el análisis de los catálogos.

En el Cuadro 1 se puede apreciar que los cursos de políticas de salud (temas generales de política y análisis de política) son mayoritarios (101) dentro de todos los temas ofrecidos. Le siguen los cursos de economía de la salud (65), luego los de legislación y regulación (47), después una serie de cursos dedicados a temas o grupos especiales en los que se han incluido materno-infantil, tercera edad, mujeres, minorías étnicas, problemas de la pobreza, SIDA, guerra nuclear, etc. (49). Se ofrecen 36 cursos de planificación de salud y 39 de métodos de análisis.

Se puede apreciar en la Figura 1, la distribución de los cursos por áreas temáticas mayoritarias, estando al frente los cursos de políticas de salud (generales y de análisis), los de economía, los de regulación y legislación, siguiéndoles en orden decreciente los de planificación, métodos de análisis, políticas del medio ambiente, ética e investigación.

En cuanto a la modalidad de los cursos, como se puede apreciar en la Figura 2, el 78% de los cursos en las áreas de políticas de salud,

FIGURA 1. Areas temáticas mayoritarias.

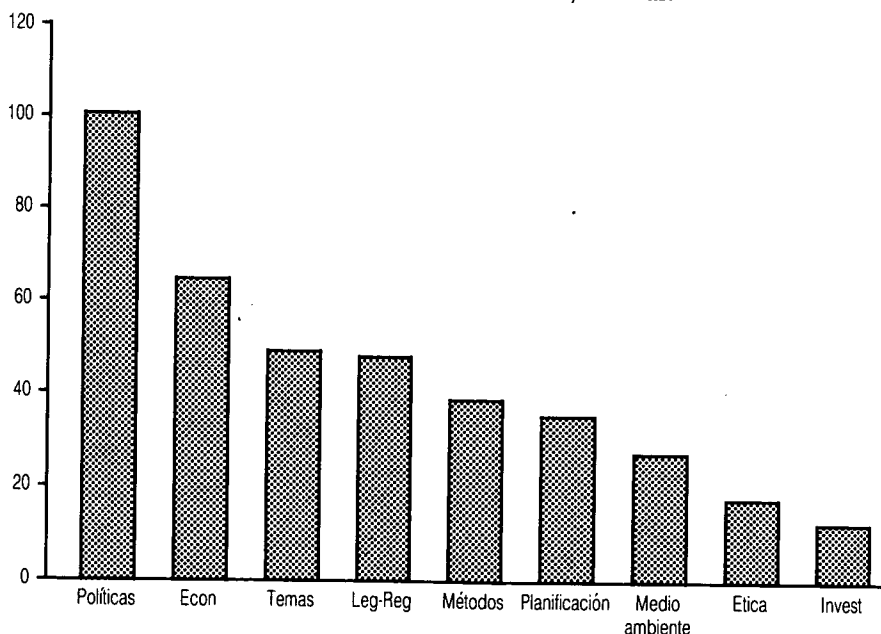
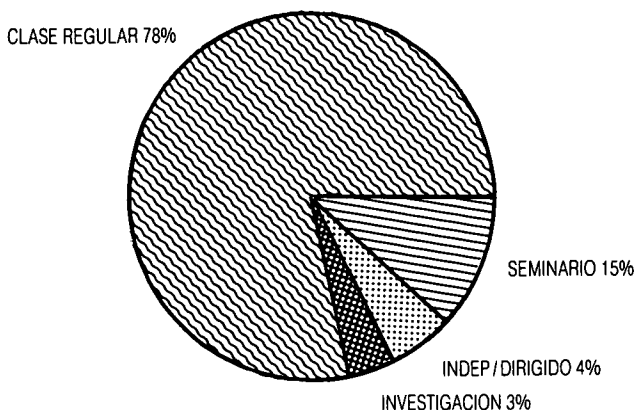


FIGURA 2. Modalidad de los cursos.



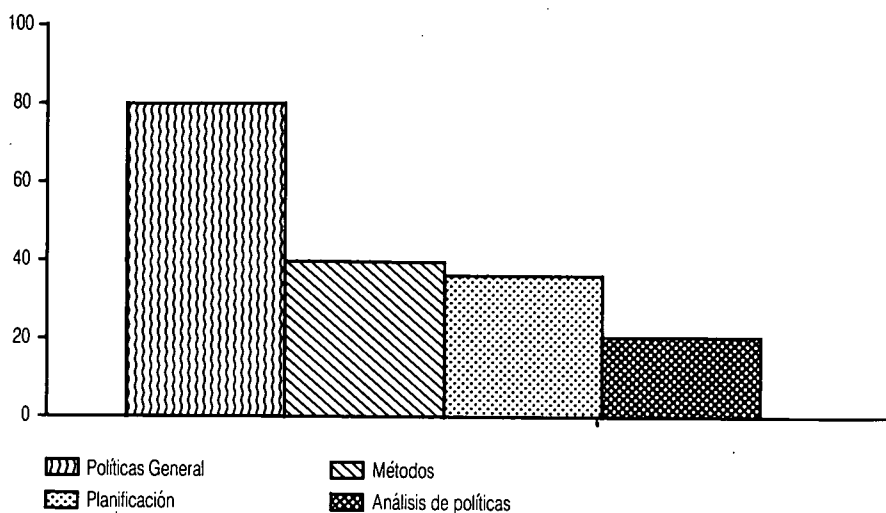
legislación, economía en salud y planificación corresponden a clases regulares. Un 15% corresponde a seminarios, un 3% a investigación y un 4% a estudios dirigidos o independientes.

Políticas de salud y análisis de políticas

Se han definido los cursos generales de políticas de salud como aquellos que familiarizan al estudiante con el contexto político y social de los procesos de formulación, implementación y evaluación de políticas concretas, así como con todas las consideraciones desde una perspectiva general de las ciencias sociales con respecto a las inquietudes y problemas en el área de las políticas de salud. Se han definido como cursos sobre análisis de políticas de salud todos aquellos cursos de corte teórico-conceptual y/o de procedimiento referido estrictamente al análisis de políticas de salud (en el sentido de "policy analysis").

Los cursos sobre políticas de salud incluyen asimismo conceptos y técnicas de la planificación estratégica, ya que la relación de este campo del conocimiento con el medio ambiente, la formulación de políticas y la administración es estrecha, al considerar ambas las condiciones sociales, políticas, culturales, de incertidumbre, el conflicto en las relaciones de poder y, a menudo, información limitada. Sin embargo, en su mayoría, los mismos se concentran en la planificación estratégica institucional, ubicándose más correctamente en el área de gerencia de servicios. La capacitación en estas áreas incluye la integración del conocimiento que los estudiantes hayan obtenido en cursos y experiencias previas en aptitudes más integrales para resolver problemas y tomar decisiones. Como se verifica en la Figura 3, los cursos de políticas de salud y los de análisis de políticas son mayo-

FIGURA 3. Políticas, planificación y métodos.



ritarios, siguiéndoles en orden decreciente, menos de la mitad de los anteriores, los de análisis de política, planificación y métodos de análisis.

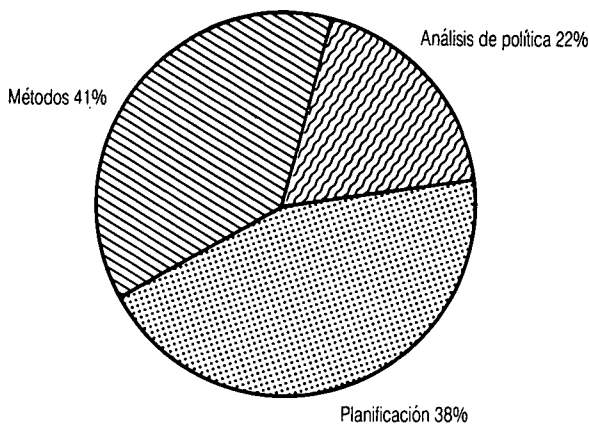
En la Figura 4 se indica la distribución de cursos de análisis de políticas de salud, planificación y métodos. El número de cursos teóricos en las dos primeras áreas del conocimiento mencionadas y los cursos de métodos de investigación y análisis parecen equilibrados.

Planificación

El número de cursos teóricos en planificación de salud varía de cero en siete escuelas de salud pública a cuatro en una de ellas, ofreciéndose un total de 36 cursos en este campo. Los cursos con contenidos metodológicos se han incluido en la categoría de métodos de análisis.

Los cursos de planificación contienen teoría y métodos ligados a los procesos de planificación de los sistemas de salud. Estos incluyen temas relacionados con la definición de necesidades y demanda, identificación de problemas y prioridades, recolección de datos, problema de costos, desarrollo y selección de alternativas e implementación de decisiones. Se ofrecen

FIGURA 4. Políticas y planificación.



varios cursos dedicados a la planificación regional de los sistemas de salud. Otros cursos incluyen temas relacionados con la historia de la planificación en los sectores público y privado, se identifican y discuten problemas conceptuales, políticos y técnicos de la implementación.

Los objetivos de los cursos de planificación se refieren en términos generales a capacitar al estudiante en las teorías y la práctica de la preparación de planes detallados, a mediano y largo plazo tomando en consideración los contextos políticos y sociales, las necesidades de la población, los costos y la viabilidad de implementación.

La planificación incluye fases similares a los procesos de análisis de políticas (policy analysis), como son la inquietud por un problema público (por ejemplo, salud), identificación del contexto político, social, cultural en el que ocurre el problema, definición de objetivos y prioridades, desarrollo de alternativas de solución, predicción de las consecuencias, valoración de los resultados esperados, toma de la decisión y finalmente, mantener, modificar o terminar la política. Mientras que las políticas (policies) pueden concretarse en regulaciones o leyes, las actividades de planificación ocurren en marcos institucionales ya establecidos.

Métodos de investigación y análisis

Bajo estas categorías se han incluido los cursos que enfatizan las aplicaciones prácticas de técnicas y conceptos. Son cursos relacionados con la aplicación de métodos y las técnicas de investigación en salud pública, y las de planificación dada su proximidad a las de análisis de políticas y a algunas técnicas matemáticas derivadas del campo de la economía y utilizadas en el campo de la salud.

Dentro del campo de las políticas, existen varias actividades íntimamente relacionadas, tales como la investigación en políticas, cuyo objetivo primario es el desarrollo de información para la formulación de políticas, así como el desarrollo de programas específicos para ejecutar las políticas; o la investigación evaluativa, actividad dirigida a evaluar los efectos de un programa u organización.

Estas áreas temáticas están contenidas en las categorías de investigación en la breve descripción de los catálogos. Sería necesario, sin embargo, un estudio de los contenidos detallados de los cursos de análisis de políticas y de métodos para poder afirmar con certeza el grado de desarrollo de sus contenidos. Varias universidades ofrecen cursos de capacitación en investigación de operaciones, campo que ofrece un enfoque sistemático a la resolución de problemas. Algunos de estos cursos no se han incluido en este documento, ya que en su mayoría los mismos se refieren a la resolución de problemas a nivel de los servicios únicamente.

En los procesos de investigación de operaciones el técnico, al utilizar un plan de análisis bien definido, y aplicar los métodos analíticos más apropiados para identificar las soluciones que mejor pueden resolver un problema, aplica en general las mismas técnicas que se utilizan para el análisis de políticas (por ejemplo, análisis de costo-efectividad), pero en contextos diferentes.

Los métodos de análisis de escenarios, o la construcción de escenarios utilizados como un método de predicción y formulación de políticas y estrategias a largo plazo, para lidiar con problemas futuros en sociedades modernas y cambiantes no aparecen indicados como tal en las descripciones de los cursos revisados. Esto no quiere decir que se omita en los cursos de políticas o de planificación, ya que se conduce investigación en este campo aplicando esta metodología en varias instituciones.

La metodología de los análisis de escenarios incluye desarrollos derivados de los modelos multi-variados, los análisis de sistemas, los métodos cualitativos y la investigación de operaciones. Es una técnica útil en la formulación de políticas y su contribución es pertinente en la elaboración de planes y programas a mediano y largo plazo. La conceptualización de escenarios está relacionada con la de política (policy): "un escenario es una figura, un modelo, o una imagen de la situación presente de la sociedad, o de una parte de ella, de las situaciones futuras deseables de esa sociedad y de las secuencias de eventos que las presentes circunstancias puedan conducir a estos futuros"⁷.

⁷ Pannenberg, C.O. Scenarios as a method of probing and planning the future of health care. En WHO, *Scenario Approaches in Health Planning*. Ginebra, WHO, 1987, p. 23.

Economía de la salud

La economía de la salud, como una subdisciplina de la economía aplicada al campo de la salud y los servicios, ha desarrollado temas importantes en estos últimos años con respecto a los costos de los sistemas de salud, al financiamiento de la atención, incluida la necesidad de afinar la presupuestación, de definir las prioridades, de implementar las alternativas de política seleccionadas, de ofrecer opciones para controlar la demanda de atención, de controlar los desarrollos de tecnología en el sector y de contribuir al debate en la competencia entre atención de salud y regulación gubernamental⁸.

La formación en economía y financiamiento de la salud es indispensable para el desempeño adecuado de funciones en los campos de formulación de políticas, planificación y gerencia. Sin una consideración seria de los costos que implica la ejecución de una política en particular, así como una evaluación de sus beneficios y efectividad, la misma tiene poco o ningún valor en los esfuerzos para mejorar las condiciones de salud de la población.

En general los cursos introductorios de economía de la salud presentan a los estudiantes los principios básicos de la disciplina y del análisis económico, enfatizando sus posibles aplicaciones al campo de la salud. Las escuelas que cuentan con un mayor número de cursos de economía de la salud, como por ejemplo Harvard, Michigan o Hopkins tienen posibilidades de ofrecer cursos avanzados y más sofisticados en el campo.

La mayoría de los cursos introductorios, cuyo contenido contribuye a la formación de profesionales más capacitados para analizar, seleccionar, implementar y evaluar políticas de salud, incluyen temas relacionados con la teoría microeconómica, abordan los temas de demanda, oferta, análisis de producción y consumo, distribución del ingreso, teoría del mercado, imperfecciones del mercado y bienes públicos.

Otros cursos y seminarios ofrecen la posibilidad de examinar aspectos tales como la efectividad y el impacto de políticas y programas gubernamentales, incluyendo análisis de los seguros de salud, presupuestos estatales y federales de salud, costos, asignación de recursos, accesibilidad, planes de pre-pago, y las disparidades entre lo que se puede hacer y lo que se puede pagar para hacerlo.

El objetivo de aquellos cursos que dedican la mayor parte de su tiempo a las aplicaciones prácticas de la economía a la resolución de los problemas de salud, es capacitar al alumno en la aplicación de técnicas útiles para la toma de decisiones a nivel de políticas de salud.

⁸ Van Etten, G. y Rutten, F. The Social Sciences in Health Policy and Practice. *Social Science and Medicine*, 22(11):1187-1194, 1986.

Los cursos de economía de la salud constituyen un bloque importante, sumando 65 en total. Como se puede apreciar en la Figura 5, 66% de ellos se concentran en presentaciones y discusiones sobre teoría económica, mientras que el 34% constituyen cursos donde se aplican en la práctica los conceptos aprendidos.

Legislación en salud

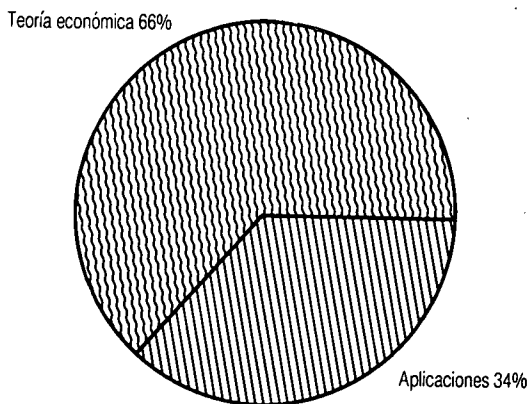
Se han incluido en este grupo todos los cursos relacionados con regulación de la atención de la salud y legislación. Excepto una Escuela, el resto incluye algún curso en este campo, siendo la Universidad de Boston la que tiene el programa más amplio.

El área de regulación comprende todos los aspectos relacionados con la regulación de la industria de la atención, tecnología, relaciones entre instituciones y empleados, acreditación, regulación de la calidad de servicios, reembolso de proveedores, etc.

En los cursos de legislación se han incluido todos aquellos que introducen al estudiante a ideas y marcos conceptuales en este campo, familiarizan al estudiante con el sistema y lenguaje legal, y las modalidades de pensamiento, analizan los derechos y poderes de los estados en el campo de la salud, el sistema legislativo federal, y examinan las convergencias o disonancias entre política y legislación, explorando las alternativas de cambio.

Es notorio que el campo de legislación en salud está surgiendo como uno de los más importantes aspectos de la salud pública y, como un

FIGURA 5. Cursos en economía de salud.



instrumento de política social, la ley juega un papel significativo en el campo de la salud pública. Tiene un impacto amplio en áreas tales como la seguridad en el trabajo, las acreditaciones institucionales, la protección del medio ambiente, las inmunizaciones, y un impacto muy personal sobre asuntos tales como el derecho a morir, la privacidad, las libertades individuales y el compromiso civil.

Según la información contenida en el catálogo de la Universidad de Boston, la "concentración en legislación en salud está diseñada para estudiantes con un interés amplio en políticas de salud y para aquellos que pretenden trabajar en agencias públicas, asociaciones privadas y firmas industriales. Es apropiado también para abogados que desean seguir una carrera académica o de investigación en legislación sanitaria. La legislación en salud pública está dirigida a problemas legales tradicionales de regulación y a la asignación de derechos y responsabilidades como también a problemas todavía no resueltos".

Ética

Aunque la ética, subdisciplina de la filosofía, constituye una de las áreas de conocimiento fundamentales para la formulación de legislación y regulaciones en el campo de la salud, ya que su campo de acción concierne los valores humanos, se ha considerado separadamente dentro de las categorías mencionadas en este documento.

En este sentido, es importante mencionar que las incursiones tanto de los técnicos como de los políticos en el campo de la ética con relación a la medicina y la salud pública ha cobrado un gran impulso en estos últimos años en los Estados Unidos. Esto se debe especialmente al rápido desarrollo de las tecnologías médicas y la investigación, cuyos efectos sobre la vida humana han de evaluarse en el contexto de los valores, creencias, moral e inclinaciones religiosas de cada sociedad y de los individuos en particular. El objetivo general de estos cursos en salud pública es básicamente familiarizar al alumno con los problemas de corte ético que enfrentan los profesionales de salud pública.

Se ofrecen en total 18 cursos de ética relacionada a la salud pública y a las políticas de salud en las 24 escuelas. Los contenidos varían desde el tratamiento de problemas de moral y paternalismo en la formulación de políticas de salud, a discusiones sobre igualdad, equidad y racionalización de la atención. Incluyen además temas tales como la ética en los procesos de toma de decisión, utilización de sujetos humanos en la investigación, madres sustitutas, fertilización *in vitro*, el derecho a morir y la eutanasia, y la relación de la ética con los análisis tradicionales de políticas de salud.

Temas y grupos especiales

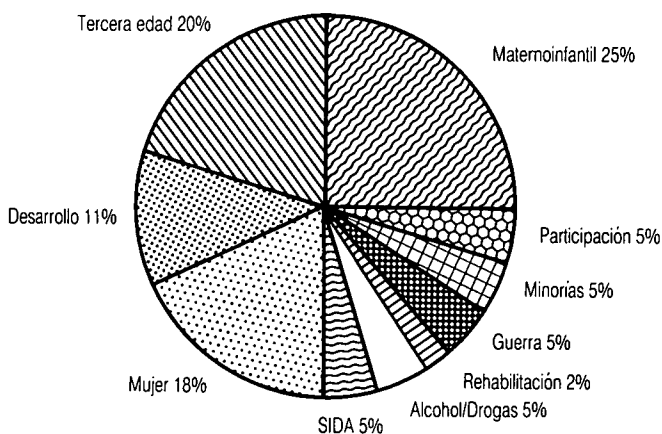
Se han incluido aquí aquellos cursos que tienen que ver específicamente con políticas de salud dirigidas a temas o grupos humanos especiales, como por ejemplo, las madres y los niños, las minorías étnicas, los ancianos, o a temas especiales de interés actual como el SIDA o la guerra nuclear.

En la Figura 6 se aprecia la distribución de estos cursos sobre grupos y temas especiales. Es interesante notar que a pesar de que el área materno-infantil se mantiene con la mayoría de cursos, el área de salud de ancianos, o cuidados de personas con enfermedades crónicas y de tercera edad, asume un liderazgo importante. Por otra parte, aparecen cursos sobre inquietudes y problemas sociales relevantes que en estos momentos enfrenta la sociedad norteamericana, como la epidemia del SIDA, o la posibilidad de la guerra nuclear.

CONCLUSIONES

El área de formación en políticas de salud y sus disciplinas afines, ha adquirido una importancia notoria en los últimos 15 años, al punto de que varios de los Departamentos dentro de las Escuelas más importantes, que originalmente se denominaban de planificación, han cambiado su designación a Departamentos de Políticas de Salud y Administración, o Gerencia y Ciencias de la Política, Administración de Servicios y Política, y Política de Salud Pública y Administración. Estas modificaciones reflejan la modernización en los contenidos de la planificación y las políticas de

FIGURA 6. Temas y grupos especiales.



salud en los Estados Unidos. Muchos de los cursos de políticas de salud se ofrecen todavía en los Departamentos de Servicios de Salud y Administración, o Planificación y Administración de Salud, Administración de Servicios y Planificación, Gerencia de Sistemas de Salud, lo que no implica que los contenidos específicos de los cursos sean limitados en el campo de las políticas.

Varias instituciones ofrecen programas de estudio coordinados que llevan a títulos de maestría o doctorados en salud pública, combinados con administración de empresas, abogacía, antropología, u otras disciplinas. Este hecho es indicativo de las posibilidades de trabajo en el país en el campo de la salud pública, la que no se limita al hospital, el Ministerio de Salud, o las instituciones docentes, sino que permite al estudiante acceso al trabajo claramente interdisciplinario, lo que enriquece las posibilidades de responder adecuadamente y específicamente a las necesidades de la población.

Las Escuelas que ofrecen el mayor número de cursos en la totalidad de las áreas analizadas son en orden decreciente, Michigan, Johns Hopkins, Carolina del Norte (Chapel Hill) y Harvard, con 58, 45, 44 y 40 cursos, respectivamente. Las que ofrecen menos cursos son Tulane, Florida del Sur, San Diego, Loma Linda y Massachusetts con 5, 8, 8, 9 y 10 cursos, respectivamente.

Evidentemente no todas las Escuelas de Salud Pública dan el mismo énfasis a los mismos temas. El número de cursos sobre políticas de salud (entre los definidos como generales y los referidos a análisis de políticas de salud) varían de cero en dos escuelas a 18 en una de ellas.

Por ejemplo, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill es la que ofrece más cursos generales de políticas de salud. Esta institución se distingue ofreciendo 12 cursos en el campo de las políticas de salud y la administración, las que se han incluido en la categoría de cursos generales de políticas, los que presentan una amplia gama de posibilidades en este campo, cursos introductorios, de nivel medio y avanzados, teóricos y prácticos. Le sigue en orden decreciente de número de cursos en esta área, la Universidad de Michigan con 9 y Harvard con 8. Son estas dos Escuelas las que ofrecen la mayoría de cursos de contenido teórico en el campo de análisis de política. Son nuevamente Michigan, Harvard y Hopkins las que ofrecen el mayor número de cursos en economía de la salud (8, 8 y 6, respectivamente).

El número de cursos de planificación de salud varía de 4 en Columbia y Harvard a cero en otras cinco instituciones.

Un número importante de cursos sobre planificación estratégica de organizaciones de salud, o financiamiento se dicta en escuelas de administración de empresas, o cursos sobre comportamiento individual o social relacionado con salud en departamentos de psicología, antropología o sociología.

La situación con respecto a los cursos sobre economía y financiamiento es similar; si el estudiante tiene interés en profundizar algunos temas, puede tomar directamente los cursos de su preferencia en la facultad de economía. Por otra parte, las facultades de leyes incluyen asimismo cursos referidos a legislación en salud, y las facultades de medicina ofrecen algunos cursos generales sobre sistemas de servicios de salud y administración, y en facultades de ciencias políticas se capacita en técnicas para el desarrollo de políticas públicas.

Es importante hacer notar que en parte de la literatura del área de administración de empresas, y especialmente aquellas relacionadas con la planificación estratégica, se sobrepone en contenido el área de "policy-making" o formulación de políticas. Si el estudiante tiene interés en profundizar el campo de la planificación estratégica, es aconsejable examinar los cursos ofrecidos por programas de administración o las facultades de administración de empresas (business administration schools) que ofrecen la mayoría de cursos en este campo.

Con respecto a cursos sobre métodos de análisis, son las Escuelas de Salud Pública de las Universidades de Harvard, Hopkins y Chapel Hill las que ofrecen más posibilidades, manteniéndose Harvard y Columbia al frente de los cursos de planificación de salud.

En general, el componente de investigación en las universidades norteamericanas es robusto. El número de cursos que se ofrecen en esta área dentro de las Escuelas llega a 13, lo que puede interpretarse como pocos en relación a otras áreas. Sin embargo, si incluimos los cursos de métodos de investigación y análisis (suman 39), la proporción se modifica, reflejando la importancia asignada a la investigación y los métodos en los análisis, formulación, implementación y evaluación de políticas de salud.

Los estudiantes adquieren la capacitación más profunda en investigación que se lleva a cabo durante los seminarios doctorales y el trabajo de campo del estudiante a este nivel.

En el campo de legislación en salud, es la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston la que ofrece el mayor número de cursos, constituyendo este campo un área de concentración especial, entre los otros programas.

En la categoría "otros", donde se han incluido cursos sobre políticas de salud referentes a epidemiología, nutrición, población, prevención, salud mental, salud ocupacional y tecnología, Michigan y Hopkins están al frente de las instituciones con 9 y 7 cursos, respectivamente. Esta variedad permite al estudiante capacitarse en problemas relacionados con el análisis, formulación, implementación y evaluación de políticas específicas de su área de interés.

EDUACION PARA LA SALUD: ASPECTOS METODOLOGICOS

*María Eugenia Casas Donneys*¹

INTRODUCCION

El presente trabajo plantea una síntesis metodológica del proceso educativo aplicado al área de salud, y tiene el propósito de difundir el desarrollo metodológico de una propuesta de educación participativa para adultos que ha sido ampliamente trabajada con personal de salud y grupos comunitarios.

En 1982 en Cali, Colombia, un grupo de profesionales de las ciencias sociales inquietos frente a su quehacer educativo iniciamos un proceso de búsqueda de metodologías participativas en el área de la educación de adultos con base en el análisis de las experiencias educativas utilizadas con grupos de estudiantes de medicina y con sectores populares. Se logró esbozar una primera sistematización del proceso metodológico que ha sido enriquecido en la confrontación con la práctica y hoy nos permite esbozar un avance en los aspectos metodológicos de la educación de adultos. Este primer intento ha repercutido positivamente en la conformación de nuevos grupos de trabajo, en la ampliación de la labor educativa con adultos en diferentes áreas del conocimiento y, específicamente, dentro del sector salud.

Muchos grupos e instituciones han asumido como propia esta metodología, la han enriquecido y la han utilizado como herramienta de trabajo en su quehacer educativo.

En salud la hemos utilizado con estudiantes en formación, con trabajadores de salud vinculados a los servicios, con grupos comunitarios variados y de diferentes características socioculturales.

Los resultados favorables observados por cerca de un decenio,

¹ Licenciada en Enfermería, Universidad del Valle, Master en Salud Pública I.D.S., Habana, Cuba. Residencia en Salud Internacional, OPS, Washington, D.C. Enfermera de la Oficina de Salud Comunitaria, Instituto de Seguros Sociales, Seccional Valle, Cali, Colombia.

con grupos heterogéneos, nos obligan a sistematizar el conocimiento obtenido y a comunicarlo a personas, grupos e instituciones interesadas en la educación de adultos.

Consideramos que es un proceso en desarrollo que debe difundirse, aplicarse y enriquecerse con el propósito de transformar el quehacer en la educación.

ANTECEDENTES

La educación de adultos es tan antigua como el hombre mismo y su ejercicio se descubre en diferentes etapas del desarrollo social. En la sociedad primitiva se hacía mediante la transmisión informal de conocimientos en los que jugaban un papel importante los jefes de la tribu y los consejos de ancianos. Esta se hacía por transmisión oral, a través de los libros religiosos y códigos morales.

Cuando surge la sociedad de clases, la escuela fija normas y establece métodos disciplinarios que inciden en la educación para la salud y que prevalecen hasta nuestros días.

En el siglo XIX los aspectos económicos determinan el carácter de la educación para la salud. Los países europeos fijan como centro comercial su atención en los puertos de África y Latinoamérica. Con la expansión del mercado internacional europeo, la importancia de los puertos en el intercambio comercial hace que se generen las primeras epidemias y surja entonces la necesidad de centralizar las acciones sanitarias a nivel de las naciones.

Se crean los servicios de sanidad y la educación para la salud, igual que ellos, adquiere un carácter curativo y de beneficencia, surgiendo la imagen de la mujer como enfermera y educadora que prevalece en la actualidad.

En el siglo XX como eventos económicos importantes aparecen la gran depresión económica de los años 30 y la Segunda Guerra Mundial. Hay una contracción del mercado externo y el capital se orienta al sector industrial.

Para América Latina se adopta el modelo económico desarrollista y los gobiernos promueven acciones en educación, salud y vivienda.

Se crea la Organización Mundial de la Salud y la Unión Internacional para la Educación Sanitaria y aparece el primer Parlamento de Educadores. La educación para la salud pone énfasis en la organización técnica. Los medios, métodos y los contenidos se orientan a amortiguar los problemas de salud generados por el modelo económico, haciendo hincapié en la salud mental y el saneamiento básico. Se ha generado en Latinoamérica un desequilibrio urbano/rural, redundancia de la mano de obra en las ciudades que son incapaces de generar el sustento de los emigrantes

rurales. Se comienza a vislumbrar los cordones de miseria en las grandes ciudades y se inicia el desplazamiento del campo a la ciudad.

En 1959 el triunfo de la revolución cubana pone de presente que los desequilibrios sociales pueden alcanzar consecuencias políticas.

A nivel económico surgen los programas de la Alianza para el Progreso, se incrementa el endeudamiento para América Latina y se promueve la reforma agraria para volver a estimular la producción agrícola.

La educación para la salud se dirige a producir un cambio sin violencia. Los contenidos se orientan a atenuar los problemas sociales que se han agudizado con deterioro para algunos indicadores, como en el caso del paludismo, la tuberculosis, la salud oral, etc. Se busca disminuir tensiones.

En 1962 se difunde en Latinoamérica la falacia de la explosión demográfica, cuyo objetivo es reducir la natalidad. El interés educativo se vierte hacia la educación sexual y se incorporan los avances tecnológicos en materiales audiovisuales para apuntalar cambios de conducta en la población.

En 1980 en el nivel económico se reduce el capital invertido en la industria, y en Latinoamérica aumenta desproporcionadamente la deuda externa al punto de ser declarada impagable. Sobreviene la crisis de alimentos y se comienzan a reducir los presupuestos de salud, tendencia que hoy se mantiene. Centroamérica se vuelve el centro de conflictos, triunfa la revolución nicaragüense y se agudiza el conflicto en El Salvador.

Frente a esta situación surgen las propuestas internacionales para el Tercer Mundo. Se propone la meta de Salud para todos en el año 2000 con sus dos estrategias básicas: atención primaria y participación comunitaria.

La educación para la salud busca cambios de comportamiento para mejorar las condiciones de vida. Los contenidos se orientan al autocuidado y al bienestar. A nivel tecnológico se emplean los medios masivos de comunicación con el propósito de incrementar las coberturas.

Esto y la democratización del Cono Sur, a partir de la superación de los gobiernos militares de hecho, hace que surjan como alternativas la educación participante y la educación permanente, concepto acuñado y desarrollado en este decenio. A nivel tecnológico se incorporan a la educación los avances de la computación y de sistemas y se promueve la educación no presencial, la teleconferencia y la educación a distancia, que son el reflejo de los avances tecnológicos alcanzados.

La educación para la salud abarca al personal en formación, a los trabajadores de salud vinculados a los servicios y a la comunidad.

¿COMO SE GENERA EL CONOCIMIENTO EN LA EDUCACION PARA LA SALUD?

El conocimiento en educación para la salud pretende reemplazar el saber popular por el saber médico; sin embargo, no brinda herramientas para interpretar la realidad y transformarla.

Los programas de educación para la salud parten de un diagnóstico técnico-estadístico de la enfermedad, buscan desarrollar conductas individuales frente a la patología, no hacen un diagnóstico científico social que permita identificar factores causales, se refieren fundamentalmente a la historia natural de la enfermedad, desconociendo su historia social, enfocan el problema y las acciones como cuestiones institucionales para finalizar culpando al individuo y responsabilizándolo de su propia salud.

Sin embargo, existen prácticas diferenciales de la educación para la salud. En la medicina privada esta se orienta a crear un modo de conducta que genere nexos permanentes con el paciente. Se promueve una dependencia médico/paciente, fundamentada en razones económicas.

En la medicina de los trabajadores la actividad educativa se reduce para que no afecte la producción. Los mensajes se dirigen a la protección del ambiente, al establecimiento de juicios, a la no desviación de la norma y a reducir el riesgo individual. Las técnicas educativas empleadas tienden a aumentar la velocidad y la cobertura para no afectar la producción. No es coincidencia que en salud ocupacional circulen gran cantidad de afiches, folletos y mensajes.

En la medicina comunitaria la educación se orienta a modificar conductas y a modificar el ambiente mediante técnicas más variadas, como las reuniones, exposiciones, demostraciones, etc.

A nuestro juicio la medicina comunitaria puede adquirir un carácter transformador que apoye el cambio social; sin embargo, la mayoría de las veces se dirige a la patología, a vender servicios y a incorporar a la población al mercado médico.

FUNDAMENTOS DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

La educación para la salud debe considerar:

- Las experiencias, criterios e intereses de los distintos grupos en cuestiones sanitarias e higiénicas.
- Las leyes de las ciencias pedagógicas y psicológicas que servirán de orientación para conocer el sujeto—el método y los contenidos.
- La necesidad de una selección y aplicación científica de contenidos, métodos y medios que permitan elevar su efectividad.
- Para esto es necesario saber que la educación para la salud es

un trabajo en equipo multidisciplinario, en el que confluyan las diferentes ciencias en que basa su fundamentación, a saber:

a) Fundamentos filosóficos: Que orientan y dirigen el proceso educativo. Se debe abocar la unidad o desintegración de los factores biológicos y sociales.

b) Fundamentos económicos y legales: Aquí es importante la consideración de la salud como un derecho de los ciudadanos y, en consecuencia, la educación y comunicación deben mostrarla como responsabilidad del Estado.

c) Fundamentos sociológicos y socialpsicológicos: Que permitan identificar fenómenos que influyen en la salud y en la cultura y aplicar los métodos, los conocimientos y las técnicas de estas ciencias al proceso educativo.

d) Fundamentos pedagógicos y psicológicos: Son los que nos permiten perfilar métodos, contenidos, medios y particularidades de la conducta y las motivaciones.

e) Fundamentos médicos: Los conocimientos médicos constituyen la base del contenido de la educación para la salud.

Teniendo presente que la educación para la salud es una actividad condicionada socialmente, su concepción y su abordaje debe ser amplio y multidisciplinario.

Finalmente, debemos reconocer que la educación es un medio para promover y fortalecer las organizaciones sociales y propiciar el desarrollo de procesos de participación comunitaria. La relación docente-estudiante debe estar basada en la interacción sujeto-sujeto que permita emprender conjuntamente acciones para transformar la realidad.

REFLEXIONES PARA LA CONSTRUCCION DE UN NUEVO MARCO CONCEPTUAL DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

La educación para la salud es la combinación de actividades informativas, formativas y de propaganda orientadas al fomento, construcción, conservación y restablecimiento de la salud y de la capacidad de rendimiento del hombre y a alargar una vida con calidad humana.

La educación para la salud parte de la formación ideológica y cultural de los grupos para crear una conciencia científica que se preocupe tanto por la salud individual como social. No es un asunto personal sino un deber social y se orienta a estimular la acción de amplias capas de la población hacia la protección de la salud como un bien social.

Sus objetivos son: Formación de una personalidad armónica e integral: formar hombres conscientes, activos y capaces, saludables y cultos para transformar la sociedad y a sí mismos.

Conseguir una elevada cultura en salud orientada a:

- Mejorar las condiciones físicas y mentales.
- Evitar conductas perjudiciales.
- Participar activamente en el mejoramiento de las condiciones de vida, laborales y comunitarias.
- Restablecer la salud.
- Aprovechar las posibilidades de asistencia social y sanitaria.
- Desarrollar conocimientos que permitan asumir conductas conscientes.

Para lo anterior se requiere una pedagogía que:

1. Se oriente a consolidar las organizaciones autónomas.
2. Que emplee los medios de comunicación en donde los grupos produzcan mensajes y contenidos.
3. Que tome la realidad y el diálogo como punto de partida del proceso educativo.
4. Que permita romper el silencio en que han vivido los sectores marginados y les permita tener aprecio por sus opiniones.
5. Que permita a los sectores populares penetrar en su propia realidad, visualizar sus necesidades y emitir sus propios mensajes.
6. Que permita a los grupos educarse a través de su práctica social e ir construyendo y asimilando el conocimiento a medida que reflexionan sobre su propia práctica.

METODOS APLICABLES A LA EDUCACION PARA LA SALUD

La educación para la salud admite dos tipos de categorías, formal y no formal. Sin embargo, es preciso tener en cuenta:

- Las enseñanzas en salud para ser efectivas deben ser simples: "Si lo oigo lo olvido, si lo miro lo recuerdo, si lo hago, lo sé".
- Aprender haciendo.
- Aprendizaje por descubrimiento.
- Aprendizaje mutuo.
- Aprendizaje por confrontación.
- Autodirección del proceso.

METODO DE EDUCACION PARTICIPANTE

Los principios que guían esta educación son los siguientes:

- Comunicación dialogística.
- Interacción educando-educador.
- Rescate y valoración de costumbres y expresiones populares.

- Conocimiento a partir de las experiencias de vida, de trabajo y el transmitido a través de generaciones.
- Creatividad.
- Integración de la medicina popular e institucional.
- El conocimiento surge de la práctica y regresa a la práctica.
- Debe basarse en la pregunta, la reflexión y la crítica.
- No se centra en contenidos sino en el proceso.
- El alumno es el centro de la labor educativa.
- El educando es un producto de un medio social, económico y cultural.
- Es un proceso democrático y liberador.

Las cinco fases del proceso consisten en:

1. Percepción subjetiva: Mediante ella se confronta al alumno con el tema, fenómeno o situación.
2. Problematización: Permite confrontar la variedad de opiniones en el grupo.
3. Instrumentación: Se incorporan nuevos elementos y metodologías.
4. Reinterpretación: Nueva forma de ver el fenómeno.
5. Planeamiento de una nueva práctica: Permite confrontarnos con el quehacer y emprender acciones para transformar la realidad.

MOVIMIENTOS DENTRO DEL PROCESO EDUCATIVO

En el proceso educativo confluyen movimientos que es necesario tener en cuenta. Estos son:

- La vida del sujeto: Es necesario retomar los elementos de la vida concreta del sujeto, su comunicación, su lenguaje, sus circunstancias e intereses, etc.
- Momento pedagógico: Es el espacio y tiempo de que disponemos para sistematizar experiencias y compartirlas.
- Seguimiento: Dar continuidad a la realización de acciones emprendidas para transformar el quehacer y la realidad.

Los métodos que hemos encontrado de mayor efectividad son:

1. Trabajo individual y trabajo colectivo: El trabajo individual permite reafirmar al individuo y el colectivo confrontarlo en la construcción de un mensaje común.
2. El juego: A través del juego los niños aprenden a caminar, a hablar, a conocer el mundo y cuando son adultos esta posibilidad es castrada socialmente. El incorporar elementos lúdricos al proceso educativo es recuperar algo propio del ser humano y es abrir posibilidades de com-

partir y de incorporar actitudes dinámicas. Favorece el conocimiento, el intercambio y es un aporte positivo en la construcción del conocimiento.

3. Diálogo: El lograr un verdadero diálogo entre docente y estudiantes favorece la construcción de un mensaje común.

4. Producción y utilización de material educativo: El grupo debe participar en la producción y selección de material educativo para que este consulte su realidad sociocultural y pueda ser asimilado.

5. El trabajo: Cada experiencia educativa debe permitir formular un trabajo concreto que modifique el quehacer y pueda transformar la realidad. En esta forma se vincula el conocimiento con la práctica.

CONFRONTACION DE ESTILOS EDUCATIVOS

Característica	Método tradicional	Método participativo
Enfasis	En contenidos y resultados	En el proceso de enseñanza-aprendizaje
Concepción Pedagógica	Bancaria y manipuladora	Transformadora
Educando	Exógena al sujeto	Endógena
Eje	Objeto	Sujeto
Relación educador-educando	Texto, profesor y examen	Sujeto educativo y grupo
Objetivo evaluado	Autoritaria y paternalista	Auto-gestión
Función educativa	Entrenar-demostrar-repetir	Pensar-transformar
Características	Transmitir conocimiento y modificar conductas	Reflexión
Docente	Transmitir, informar, persuadir	Diálogo
Participación	Vertical	Horizontal
Crítica	Instructor	Facilitador, animador
Error	Mínima	Máxima
Recursos de apoyo	Bloqueada, evitada	Estimulada
Valor	Falla	Se asume
Objetivo	Se basa en la tecnología y medios	Se usan como generadores, motivadores
Filosofía	Obediencia, competencia, lucro y utilitarismo	Solidaridad, cooperación
	Acatamiento	Transformar
	Adaptación	
	Reproducción social	Cuestionar el ¿por qué? y el ¿para qué?

BIBLIOGRAFIA

Barreiro, J. *Educación popular y proceso de concientización*, 6ª ed. Mexico, Siglo XXI, 1979.

Cardaci, D. *Educación para la salud: Evolución histórica*, Tomo I. Santo Domingo, Colección Sespas, 1980.

Casas, M.E. *Análisis conceptual y dificultades de la educación para la salud*. Cali, Colombia, 1985.

Casas, M.E. *Educación para la salud*. Ponencia presentada a la Primera Jornada Científica en Conmemoración del Día de la Enfermera. Cali, mayo de 1986.

- Cirigliano, G. y Paldao, C. La educación de adultos: Hipótesis y perspectivas. *Educ Méd Salud* 12(2):105-115, 1978.
- Crespo, V. y Pérez E. Programa para el mejoramiento de la educación, la salud y el ambiente promesa. CINDE-Medellín, Colombia, 1979.
- Educación comunitaria en salud: Evaluación de los programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias. Discusiones Técnicas de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. *Bol Ofic Sanit Panam* XC(4):283-303, 1981.
- Gallardo, L.D. Algunas tendencias de la educación y participación comunitaria en salud en América Latina. *Bol Ofic Sanit Panam* 96(4):314-325, 1984.
- Gimenez, G. Notas para una teoría de la comunicación popular. Documento mimeografiado, s.d.
- Mejía, M.R. Educación popular. Aportes para la discusión. CINEP. Documento Ocasional No.28, Bogotá, Colombia, 1985.
- Ministerio de Salud Pública de Colombia. Encuentro Nacional de Promotoras de Salud. Fusagasugá, Colombia, 1985.
- Ministerio de Salud Pública de Cuba. Diccionario terminológico de educación para la salud. La Habana, Cuba, 1984.
- Ministerio de Salud Pública de Cuba. Manual de educación para la salud. La Habana, Cuba, 1985.
- Organización Panamericana de la Salud. La Salud del niño en las Américas. Compromiso de los Pueblos y sus Gobiernos. Washington, D.C., 1984.
- Rice, M. Educación en salud. Cambio de comportamiento, tecnologías de comunicación y materiales educativos. *Bol Ofic Sanit Panam* 98(1):65-69, 1985.
- Kaplun, M. El comunicador popular. Documento mimeografiado, s.d.
- Viezzler, M. Si me permiten hablar. . . Testimonio de Domitila. 5ª ed., México, Siglo XXI, 1980.
- Werner, D. y Bower, B. Aprendiendo a promover la salud. California, Estados Unidos de América, 1984.

RESEÑAS

LA ODONTOLOGIA ALTERNATIVA PARA LA DECADA DEL 90

INFORME DE UN GRUPO DE TRABAJO

Del 11 al 15 de diciembre de 1989 se reunió en Santo Domingo, República Dominicana un Grupo de Trabajo integrado por representantes de la Federación Odontológica Latinoamericana, la Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina y la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de la UDUAL para considerar y discutir alternativas de reorientación de la práctica odontológica en el contexto de las situaciones cambiantes de la década que ahora se inicia. Se presentan, a continuación los aspectos relevantes del Informe Final de la Reunión.

EL CONTEXTO

La situación actual general se caracteriza como una etapa de profunda crisis económica y social de naturaleza estructural, derivada del sistema socioeconómico imperante en la mayoría de los países latinoamericanos. Durante las tres últimas décadas la población regional se duplicó de 216 a 433 millones de habitantes, aunque su tasa de crecimiento, una de las mayores del mundo, disminuyó. El cambio no fue significativo. El cuadro está agravado por los efectos de la deuda externa, adquirida por los países de la Región con el mundo industrializado, que sobrepasa los 400 millones de dólares, la cual se traduce en una deuda social por las grandes desigualdades sociales existentes, que a la vez genera una deuda en salud y, por lo tanto, de su componente bucal.

SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

La Declaración de SPT/2000 cuya estrategia es la atención primaria originó el desarrollo de políticas nacionales y sus correspondientes

CUADRO 1. La práctica odontológica en América Latina.

Tipo de práctica:	La comunidad:	Forma de acción:
Práctica tradicional	Interpretada en forma abstracta Es el objeto de las acciones de salud oral Se examina al paciente aislado La "pieza dental" es el principio y fin de las acciones	Práctica privada Práctica pública dirigida hacia el tratamiento de la enfermedad
Práctica alternativa	Concreta: Definiendo el grado de desarrollo económico-social, organización institucional y sectorial de cada comunidad Sujeto y fin último de las acciones odontológicas	Unitaria y global, en base a un trabajo conjunto sobre: Producción de servicios Producción de conocimientos Producción y desarrollo de recursos humanos Trabajando para y con las comunidades, en base a la estrategia de atención primaria, en el espacio social de sistemas locales para alcanzar un sistema integral e integrado de salud

planes hacia el logro de nuevas metas. Sin embargo, la efectividad de tales acciones ha sido menor que lo esperado, habiendo pasado ya la mitad del plazo sin haber logrado cambios proporcionales. Se ha logrado aumento de cobertura en lo relativo a inmunizaciones, pero el aspecto curativo de la práctica en salud sigue siendo el énfasis en los servicios; en consecuencia, los perfiles epidemiológicos continúan empeorando.

Las enfermedades bucales atacan a casi la totalidad de la población latinoamericana, de la cual tres cuartas partes no tienen acceso a los servicios, lo que indica la imposibilidad de lograr las metas en relación con el componente bucal de la salud de no producirse cambios fundamentales de la práctica odontológica.

LA RESPUESTA

Es necesario considerar diferentes acciones, estrategias, políticas y procedimientos que se lleven a cabo en forma orgánica y sistematizada, para la transformación necesaria hacia una práctica alternativa.

DOCENCIA-SERVICIO

Varios grupos odontológicos han venido analizando la práctica odontológica y uno de los aspectos importantes ha sido el estudio de los modelos educativos que se han desarrollado en la Región.

La propuesta resultante es el desarrollo del modelo Docencia-servicio que implica un cambio fundamental del enfoque educativo, que apunta hacia el cambio de la práctica hegemónica actual, por una de mayor equidad, siendo su objeto de estudio el proceso salud-enfermedad, que en forma integral, con sentido de totalidad, le permita a los estudiantes, desde el principio de su formación, a través del estudio-trabajo, el desarrollo de responsabilidad y de toma de decisiones relacionadas con su compromiso con la mayoría de la población. Este nuevo modelo se fundamenta en la producción de conocimientos, el cual determina cómo enfocar el modelo de atención integral y por lo tanto el programa académico. De esta manera se busca la integración de esfuerzos y recursos de las instituciones formadoras y prestadoras de servicio como un primer paso para la integración del gremio en el desarrollo para la odontología alternativa. El escenario en el cual se concreta la atención primaria, que son los SILOS, se constituye en el espacio para el desarrollo del modelo de Docencia-Servicio.

PRODUCCION DE CONOCIMIENTOS

Constituye un aspecto importante como fundamento de las acciones. Va más allá de la investigación científica puesto que se refiere a mecanismos cotidianos de análisis de programas, de reuniones evaluativas, foros, intercambio de experiencia, etc., que corresponden a la administración del conocimiento. La investigación debe desarrollarse de acuerdo con las prioridades exigidas en la práctica alternativa teniendo en cuenta que debe ser desmitificada, es decir puesta al alcance de todas las personas que componen la profesión y de los miembros de la comunidad.

PRODUCCION DE SERVICIOS

El adecuado desarrollo de los servicios odontológicos requiere la consideración de varios aspectos fundamentales, entre los cuales se hace

mención de la fijación de prioridades, según los riesgos en los aspectos sociales y biológicos, teniendo en cuenta dirigir las acciones hacia la salud y no a la enfermedad como ocurre en la práctica tradicional. Es asimismo importante la utilización de la tecnología apropiada, considerada como la oportuna y adecuada utilización del conocimiento. La atención debe ser siempre considerada como un componente programático de salud y, por lo tanto, no debe continuar aislada. Así, la capacidad crítica hacia las decisiones del Estado ya sean políticas, administrativas o técnicas se refuerzan al constituirse parte del equipo de salud.

DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Además del desarrollo del modelo Docencia-servicio, debe redefinirse y fortalecerse la educación permanente, la cual se orienta a partir del trabajo mismo, mediante indagaciones que permitan identificar sus puntos críticos. Es muy importante resaltar la capacidad de liderazgo en lo político, en lo administrativo y en lo relacionado con las gestiones para financiamiento y desarrollo. Asimismo la etapa educativa llamada de "posgrado" se transformará en una educación que apunte a un concepto diferente de lo que conlleva al aislamiento de los campos especiales del saber y por tanto no continúen orientados al aumento de la inaccesibilidad al campo de la especialidad.

Debe considerarse que la educación no consiste en la repetición de comportamientos predeterminados y esfuerzos memorísticos, sino en la acción que permite explicar el mundo, adquirir responsabilidades, tomar decisiones y actuar objetivamente, en forma crítica y creativa. La educación así entendida debe tener carácter masivo, es decir, permitir el acceso y la participación de la mayoría de la población.

COOPERACION TECNICA

Las bases de la cooperación técnica estarían dadas en tres planos: 1^{er} nivel regional, 2^o nivel subregional, y 3^{er} nivel nacional, orientado hacia los lineamientos de la odontología alternativa.

Los mecanismos de cooperación técnica estarán expresados en el nivel regional por la acción conjunta de FOLA, OFEDO/UDUAL, Coordinación de Servicios y la OPS/OMS.

En el nivel subregional, por las Iniciativas de Salud de Centroamérica y Panamá, Caribe de habla inglesa, Area Andina y Cono Sur.

A nivel nacional estaría dado por la cooperación entre los programas nacionales y la OPS/OMS, además de la cooperación técnica interpaíses.

LINEAMIENTOS

Se desarrollará la cooperación técnica dentro de los siguientes objetivos:

- Apoyar la incorporación del componente bucal de la salud en el proceso de desarrollo y fortalecimiento de los SILOS.
- Promover la creación de Núcleos de Desarrollo de Salud Oral (NUDSO) en los países.

Se promoverá en cada país la creación de una “masa crítica” de personal de salud oral, en la cual coincidirán investigadores, académicos, administradores, clínicos, líderes gremiales, personal técnico y auxiliares, así como profesionales de las ciencias de la salud, las ciencias sociales y las ciencias fácticas, quienes colaborarán con la OPS en el desarrollo de la odontología, siguiendo las políticas de salud de los países enmarcados en los mandatos regionales del Plan de Acción SPT/2000.

Se apoyará el desarrollo de la capacidad científica de los NUDSO; las acciones de salud oral; el aumento de la capacidad de los servicios; el desarrollo de los recursos humanos; la creación y utilización de tecnología apropiada y su interrelación dentro de los países.

Se fomentará y apoyará la movilización de los recursos nacionales a fin de fortalecer la capacidad y la confianza en sí mismos y la capacidad de la CTP.

Se estimulará y cooperará con los países en el proceso de producción de conocimientos.

Se colaborará con los países en la creación de la infraestructura preventiva para reducir y controlar los problemas prevalentes, y aumentar la capacidad de los recursos para la prestación de servicios.

Se apoyará a los países en las actividades dirigidas al desarrollo de los recursos humanos, con énfasis en la capacitación masiva, la integración docencia-servicio, la educación permanente, la investigación en esta área; y la identificación de necesidades de preparación del personal (tipo y cantidad).

Se cooperará con los países en el análisis crítico del proceso tecnológico, con miras a promover y/o ampliar el desarrollo de la tecnología apropiada en los países:

Se estimulará la creación y el desarrollo del subsistema de información del componente bucal de salud, para apoyar al proceso de monitoreo y evaluación de los programas.

Se apoyará el desarrollo nacional de centros de estudio-trabajo y demostración en el componente bucal de salud, y se ampliará y difundirá la acción de los ya existentes.

LINEAMIENTOS DE COOPERACION TECNICA A CORTO PLAZO (AÑOS 1990-1991)

1. La integración Docencia-servicio y desarrollo del componente bucal de la salud en los SILOS.
2. Continuación del análisis prospectivo como etapa de la planificación estratégica para el desarrollo institucional de las Facultades.
3. Educación permanente con un enfoque intersectorial y multidisciplinario a través de seminarios estudio-trabajo, donde estén funcionando los SILOS con integración docencia-servicio y el componente bucal de la salud.
4. Identificación y refuerzo de los centros de estudio-trabajo y demostración existentes en América Latina y su acción a nivel subregional.
5. Auspicio para la obtención del perfil epidemiológico bucal en los países del área y el establecimiento de un sistema de información básica.
6. Apoyar la ejecución del estudio de la práctica odontológica con la participación del gremio, los servicios y la docencia y promover los proyectos de los componentes de producción de conocimientos y desarrollo de recursos humanos.

ANÁLISIS DEL APRENDIZAJE DE UN TALLER DE TRABAJO SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

*R. Rodríguez-Contreras Pelayo,¹ J. Luna del Castillo,¹ R. López Gigosos,¹
P. Lardelli Claret,¹ M. Delgado Rodríguez,¹ y R. Gálvez Vargas¹*

INTRODUCCION

La estrategia planteada por la OMS tras la Conferencia de Alma-Ata, donde defiende un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud, señala la necesidad de revisar la formación que reciben los profesionales sanitarios, adaptándola a criterios de racionalidad y eficacia para elevar la salud de la comunidad.

Por ello, la Cátedra de Medicina Preventiva de la Universidad de Granada, desde el curso académico 1983-1984 hasta la actualidad, ha

¹ Cátedras de Medicina Preventiva y de Bioestadística, Facultad de Medicina, Universidad de Granada, España.

desarrollado talleres de trabajo sobre el tema, que pretenden estimular la formación y el espíritu crítico de los alumnos sobre dicha estrategia y su desarrollo.

Como propósitos y objetivos de este estudio, nos propusimos conocer la utilidad del método de aprendizaje propuesto (taller de trabajo) en relación a la elevación del nivel de información y comprensión de los alumnos en los contenidos de la atención primaria de salud, y al aumento de la capacidad de análisis y síntesis alcanzado a través de la evaluación de un problema sanitario propuesto. Era su finalidad poder alcanzar cambios de actitudes y comportamientos, de acuerdo con el espíritu de la atención primaria de salud.

MATERIAL Y METODOS

La muestra sobre la que se realiza el trabajo estuvo constituida por 237 alumnos, todos ellos de 6° curso de la Licenciatura de Medicina, que lo realizaron durante los años académicos 1984–1985 y 1985–1986 en grupos de entre 21 y 30 alumnos con una metodología que se describe en el análisis general de dicho taller y que resumimos:

Metodología

El método de trabajo, de participación activa, constaba de:

a) Prueba anónima de evaluación de conocimientos, al iniciarlo (antes de recibir ninguna información específica, solo con la que se les da a los alumnos en las clases teóricas que sobre APS aparece en el programa de la asignatura) que consistía en responder a 30 preguntas de respuesta múltiple.

b) Exposición breve (30 minutos) por el profesorado, de diversos temas que versan sobre conceptos de salud pública y planificación sanitaria de interés en APS explicados en los ocho días de duración del taller. Se trataron entre estos temas los siguientes:

- Concepto de atención primaria de salud.
- Características cualitativas de la APS. Criterios estructurales y funcionales.
- Equipo de salud. Complementariedad.
- Diagnóstico de salud: demanda, oferta, necesidades. Adecuación.
- Utilización de servicios de salud, aceptabilidad, accesibilidad. Participación.
- Racionalización. Toma de decisiones.

- Recogida de información, fichas de síntesis, operacional, de consulta.
- Evaluación. Indicadores.

c) Trabajo en equipos (5–6 alumnos) para resolver diversos problemas y supuestos prácticos, elaborando conclusiones a través de documentos originales que sobre cada tema se les entregaban (2 horas).

d) Exposición pública conjunta, entre los miembros del taller, tendiendo a alcanzar, tras el debate, diversas conclusiones como síntesis de la opinión general (1 hora y media).

e) Nueva evaluación anónima al finalizar el taller, con la misma prueba con que la iniciaron.

En las pruebas anónimas reseñadas en los apartados a y c, cada alumno debía marcar sus exámenes con idéntica señal de identificación personal (no conocida por el profesorado) para hacer posible el análisis del cambio de conocimientos entre la 1ª y 2ª prueba.

El aprendizaje se evaluaba mediante la observación de la evolución del nivel de conocimientos alcanzado por cada alumno a través de las respuestas a 30 preguntas de respuesta múltiple, agrupadas según se tratara la información/comprensión, conocimientos/análisis y síntesis/evaluación.

Estudio estadístico

Las pruebas que se realizaron fueron las siguientes:

a) Comparación entre los 10 grupos de talleres realizados en los dos cursos académicos, para establecer la homogeneidad o no entre ellos: prueba de homogeneidad de proporciones de la chi-cuadrado.

b) Comparación entre las notas obtenidas antes y después de realizar el taller, prueba de T-Student para muestras apareadas.

c) Comparación entre bloques de preguntas antes y después de realizar el taller: prueba de T-Student para muestras apareadas penalizado por la técnica Tukey.

d) Comparación global del porcentaje de aciertos entre los bloques de preguntas antes y después de realizar el taller: mediante un diseño factorial de tres vías cruzado, donde dos factores permanecen fijos (los bloques de preguntas y el antes-después del curso) y uno es de efectos aleatorios (los alumnos). Se realizaron las comparaciones por parejas en el caso de significación con la t de Tukey y el esquema de Newmann-Keuls.

e) Para la comparación de aciertos pregunta a pregunta entre ambas pruebas, se realizó la prueba de McNemar para cada una de ellas penalizado con filosofía de Bonferroni.

f) Al objeto de detectar la excesiva reiteración del error en una misma respuesta falsa, se realizó una prueba para una proposición con

objeto de ver si el porcentaje de reiteración era debido al azar o superior al mismo.

RESULTADOS Y DISCUSION

Al no haber encontrado trabajos similares de evaluación de un taller de trabajo, no podemos establecer una discusión en el sentido estricto, por lo que analizaremos en este apartado nuestros resultados, comentándolos y justificando su inclusión.

Hemos establecido el análisis conjunto de ellos al comprobar que el porcentaje de aciertos y fallos para cada pregunta en la primera prueba por un lado y en la segunda por otro, estaban homogéneamente repartidos entre los diferentes grupos de talleres del estudio.

Los resultados obtenidos se resumen así:

Sobre un total de 237 alumnos que habían realizado ambas pruebas, se obtuvieron los datos reflejados en el Cuadro 1.

Realizada la prueba de T-Student, dio significativo con $t_{exp} = 33,2$ que con 236 g.l. dio una $p < 10^{-6}$, lo que permite afirmar que hay una elevación significativa de aciertos tras el seminario. El incremento medio de preguntas correctas se situó entre 5,6 y 6,3 para un nivel de confianza de 95%.

Calificando como suspenso al que obtuvo < 20 puntos, el porcentaje de aprobados tras el taller (81,9%) fue significativamente superior al del comienzo (8%) ($t_{exp} = 13,15$, 3 g.l. $p < 10^{-7}$).

Cuando se realizó la descripción de las notas obtenidas según los bloques resultantes de agrupar las preguntas siguiendo la escala taxonómica de Bloom, que valora la información recibida (Cuadro 2), la capacidad de análisis y de síntesis alcanzadas, se obtuvieron datos así:

El incremento de aciertos fue significativo en todos y cada uno de los bloques entre antes y después de realizar el taller.

Del análisis del diseño factorial de 3 vías se puede deducir que, el incremento en el porcentaje de aciertos según bloques entre antes y

CUADRO 1. Valoración general. Nivel de conocimientos.

	Media aciertos	D.E.	Alumnos			
			Suspensos		Aprobados	
			No.	%	No.	%
Primera prueba	15,62	2,65	218	92,0	19	8,0
Segunda prueba	21,57	2,33	43	18,1	194	81,9

Nota: No. total de alumnos = 237; no. total de talleres = 10; incremento medio acierto (5,6; 6,3); $p < 10^{-6}$ prueba T-Student.

CUADRO 2. Descripción de valores según bloques de categoría cognoscitiva.

Bloques ^a	Media aciertos	D.E.	Media % de preguntas correctas por grupo
A. 1ª prueba	4,80	1,38	48
B. 1ª prueba	6,28	1,02	52
C. 1ª prueba	4,54	1,45	57
A. 2ª prueba	8,20	1,58	82
B. 2ª prueba	8,07	1,80	67
C. 2ª prueba	5,30	1,30	66

^aBloque A: Preguntas de información-comprensión; bloque B: Preguntas de análisis-aplicación; bloque C: Preguntas de síntesis-evaluación.

después de realizar el taller, no es homogéneo ($t_{exp} = 134,76$ (2; 472) g.l. $p < 10^{-7}$).

Una vez establecida la desigualdad significativa en los porcentajes de incrementos y conocimientos según bloque, se pueden establecer las comparaciones entre ellos, tanto en la primera como en la segunda prueba, así como sus incrementos.

De dichas comparaciones se deduce:

a) Que en la primera prueba había diferencias significativas entre todos los bloques, siendo el orden entre ellos (en cuanto al porcentaje de aciertos antes de realizar el taller) C, B y A.

b) En la segunda prueba siguen existiendo diferencias significativas entre los bloques A y B y el A y C, pero no entre el B y el C. El orden entre ellos en cuanto al porcentaje de aciertos es A, B y C (estos dos últimos con igual valor).

c) Con respecto a la comparación de los incrementos de aciertos entre bloques (Cuadro 3), se manifiesta un alza significativa en todos, siendo esta más elevada en el A, seguida del B y por último del C.

CUADRO 3. Comparación de los incrementos de aciertos entre bloques entre la primera y segunda pruebas.

Bloques ^a	Texp	G.L.	Signif.	Intervalos de incremento ^b
A	30,64	3,472	$p < 10^{-7}$	(0,32; 0,36)
B	13,40	2,472	$p < 10^{-5}$	(0,13; 0,17)
C	8,55	2,472	$p < 10^{-5}$	(0,073; 0,12)

^aBloque A: Preguntas de información-comprensión; bloque B: Preguntas de análisis-aplicación; bloque C: Preguntas de síntesis-evaluación.

^bIntervalos de porcentaje de incremento medio, para un nivel de confianza de 95%.

En el apartado "pregunta a pregunta" se pudo comparar el porcentaje de aciertos y la forma como se redistribuyen los errores, para cada pregunta entre ambas pruebas:

a) Comparación del porcentaje de aciertos para cada pregunta entre ambas pruebas

Dicho estudio manifestó, que el aumento del porcentaje de aciertos por pregunta, entre la 1ª y 2ª prueba, fue significativa en 21 de las 30 preguntas realizadas.

Entre las 9 preguntas restantes, 5 pertenecen al bloque B (que representan el 41,67% del total de las preguntas que lo componían), 3 al C (el 37,50% de todas las de dicho bloque) y 1, al bloque A (10%).

b) Distribución de las respuestas erróneas para cada pregunta en las dos pruebas realizadas

Pretendemos conocer si la probabilidad de equivocarse para cada pregunta en ambas pruebas con una misma respuesta errónea es mayor de lo que debiera ser.

Se encuentra que en 8 de las 30 preguntas, hay una fijación de la respuesta errónea, hacia una de las respuestas falsas, de forma significativamente más elevada de lo que debiera ser.

En cuanto a su distribución por bloques, 5 de ellas pertenecen al bloque B (41,67% de dicho bloque), 2 al grupo C (25% de él) y 1 al grupo A (10%).

CONCLUSIONES

De los resultados anteriores se pueden establecer las siguientes:

1. El método de taller de trabajo, por la participación que consigue, se manifiesta muy útil para aumentar los conocimientos y capacidad crítica de los alumnos, sin tener que recurrir al condicionamiento de exámenes.

2. Al realizarse la primera evaluación anónima, antes de iniciarse el aprendizaje, los alumnos contestan mejor a aquellas preguntas que exigen razonamiento que en las basadas fundamentalmente en la información previa.

3. Resulta más fácil elevar el nivel de información de los alumnos que la capacidad de análisis y de evaluación.

4. Ha habido un conjunto de preguntas (en su gran mayoría de los bloques de análisis y evaluación) cuya probabilidad de equivocarse con idéntica respuesta errónea en ambas pruebas, ha sido mayor de lo que explicaría el azar; esto puede confirmar que los vicios de razonamiento cerebral son más difíciles de corregir que los derivados de la falta de información.

Ejemplos de preguntas utilizadas en la prueba anónima de evaluación de conocimientos

Para que la actividad de los agentes de salud produzca beneficios óptimos debe atenderse, en primer lugar, a:

(1) La adecuación sanitaria/número de enfermos, (2) Una política sanitaria racional, (3) Una política sanitaria en el marco de una política económica y social.

¿Cuál de las siguientes medidas no corresponde a los componentes mínimos de la atención primaria de salud?

(1) Número de camas/habitantes, (2) Suministro de agua potable a la población, (3) Vacunación contra las grandes enfermedades transmisibles.

El desarrollo del primer eslabón (APS) supone:

(1) Posponer el desarrollo de los otros eslabones, (2) Coordinar los diversos niveles, (3) Imponer el modelo del primer eslabón a los otros.

La atención primaria de salud:

(1) No puede realizarse sin los agentes de salud comunitaria, (2) Necesita un tipo de personal que contacte fácilmente con la población, (3) Exige la creación de equipos al menos con: médico, personal de enfermería, asistente social y un administrativo.

La atención primaria de salud interesa a los gobiernos de distintos países, en el aspecto económico:

(1) Porque disminuye el costo de la atención, (2) Porque permite ocupar a unas personas y aumentar el tiempo dedicado a cada enfermo (3) Porque permite obtener el máximo beneficio de la inversión realizada.

Para el médico de familia o el médico general la APS representa:

(1) La posibilidad de ser controlado correctamente en su trabajo, (2) La posibilidad de dedicarse a aspectos más complejos que no pueden ser delegados, (3) La pérdida de funciones.

Las líneas directrices de una política de salud exigen:

(1) Que la población participe en todos los niveles de decisión, (2) Que los agentes de salud proporcionen información técnica adecuada a los políticos, (3) Que en cada caso y/o país se actúe según las circunstancias particulares.

Dada la perspectiva de la APS las necesidades de una población son:

(1) Los sufrimientos o padecimientos que le afectan, (2) Aquello que sus dirigentes determinan una vez consultada la población, (3) Aquello que señalan los técnicos una vez estudiada la población.

La especificidad de una prueba o técnica se mide relacionando:

(1) Los verdaderos positivos con todos los enfermos, (2) Los falsos positivos con todos los sanos, (3) Los verdaderos negativos con todos los sanos.

En el caso de una enfermedad muy grave, de consecuencias desagradables, y tan peligrosas para el falso positivo, debe elegirse una prueba con:

(1) Elevada sensibilidad, (2) Elevada especificidad, (3) Elevado valor predictivo.

Los objetivos finales obtenidos en relación con los recursos empleados se denominan:

(1) Eficacia, (2) Eficiencia, (3) Rendimientos.

La continuidad en los cuidados es una característica deseable en la atención primaria porque:

(1) Disminuye los costos de asistencia, (2) Facilita la planificación de la asistencia, (3) Evita errores en el diagnóstico y en el tratamiento.

¿Cuál de las siguientes actividades cree Ud. que cumple mejor el concepto de continuidad en los servicios de salud?

(1) Diagnóstico y seguimiento de un canceroso incurable, (2) Vigilancia de una embarazada, (3) Diagnóstico y tratamiento de una toxicomanía.

Quando Ud. habla de que la atención primaria debe ser global quiere decir:

(1) Que se debe considerar al hombre y su entorno, (2) Que se debe extender a toda la población, (3) Que debe ser realizada por todo el equipo.

Las barreras geográficas son un impedimento para varios aspectos de la atención primaria pero se considera que influyen fundamentalmente sobre la:

(1) Buena continuidad de la asistencia, (2) Buena globalidad de la atención, (3) Buena accesibilidad a la asistencia.

Quando se considera que la población debe participar en la atención primaria queremos indicar, en teoría, que:

(1) La población debe participar, hasta donde sea posible, en todas las actividades del Centro, (2) La población debe participar pero debe delegar en un limitado número de líderes para que la participación sea operativa, (3) La población debe ser consultada.

¿Cuál de estos indicadores piensa Ud. que podría ser bueno para medir la mejora en el grado de accesibilidad a su Centro de Salud?

(1) Número de consultas a domicilio, (2) Tiempo dedicado a consultas en cada jornada, (3) Ninguno de los anteriores.

La elaboración de indicadores en la evaluación de la APS:

(1) Debe ser realizada por un conjunto de especialistas en epidemiología, (2) Los debe hacer el propio equipo de salud en cada situación, (3) Requieren conocer previamente los recursos y planificar según un índice de prioridades.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. *Serie Salud para Todos*, No. 1, 1978.

Ibid. Evaluación de los programas de salud.

Normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. *Serie Salud para Todos*, No. 6, 1981.

Ibid. La formation continue des personnels de Santé en tant que facteur du carrière. Rapports et Etudes Euro. 1980.

Katz, F.M. y Fulop, T. Formación de personal de salud: ejemplos de nuevos programas docentes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 y 1980.

Rodríguez-Contreras, R., Cueto Espinar, A. y Gálvez Vargas, R.: Análisis de un taller

de trabajo sobre atención primaria de salud. *Gaceta Sanitaria* 3:377-379, 1989.

Gago Huguet, A. *Elaboración de cartas descriptivas para cursos de enseñanza-aprendizaje. Cursos básicos para formación de profesores.* México, Ed. Trillas, 1977.

Martín Andrés, A. y Luna del Castillo, A. *Bioestadística para las ciencias de la salud.* Madrid, Ed. Norma, 1989.

NOTICIAS

MAESTRIA EN EDUCACION SUPERIOR CON ESPECIALIZACION EN SALUD

Se anuncia, para el año 1991/92 un programa de posgrado en educación superior, con énfasis en educación profesional en salud, a realizarse en el Instituto para Estudios en Educación de Ontario, Canadá, en colaboración con el Centro para Estudios sobre Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto.

El programa hace énfasis en la integración de la teoría educativa con la práctica, específicamente en adiestramiento para la investigación. Consiste en 8 cursos/semestre, y un Proyecto de Investigación. Los cursos se pueden seleccionar de una amplia gama de actividades docentes en áreas relevantes para el conocimiento del campo correspondiente. El programa está diseñado para estudiantes que planean dedicarse a la educación profesional en salud, o que actualmente son ya miembros de una Facultad de Ciencias de la Salud. El programa se inicia cada año, en enero.

Para mayor información, los interesados podrán escribir a: Dr. G. Geis, Higher Education Group O.I.S.E., 252 Bloor Street West, Toronto, Ontario, Canada M5S 1V6 o al Dr. A.I. Rothman, Department of Medicine, Faculty of Medicine, University of Toronto, 100 College St., Rm. 526, Toronto, Ontario, Canada M5G 1L6.

Las solicitudes de admisión y formularios para aplicación debe ser solicitados a: Admissions, Office of Graduate Studies, The Ontario Institute for Studies in Education, 252 Bloor Street West, Toronto, Ontario, Canada M5S 1V6.

CAPACITACION AVANZADA EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

En números anteriores de esta Revista se ha informado sobre el desarrollo de esta línea de trabajo en Brasil, Argentina y en Centroamérica; en esta última, tal como fue previsto y planeado, se han desarrollado a la fecha dos ciclos subregionales, con participación de Universidades y Ministerios de Salud de siete países; cada ciclo constó de tres unidades, en

cada una de las cuales se desarrolló un momento introductorio teórico de dos semanas de duración, seguido de un segundo momento de educación permanente en los ámbitos habituales de trabajo de los participantes, y sustentado en el estudio y la investigación sobre problemas corrientes del trabajo de desarrollo de personal de salud.

El segundo ciclo, recién finalizado, se desarrolló así:

1ª Unidad	El pensamiento estratégico en el desarrollo de la fuerza de trabajo	San José, Costa Rica Ago. 27–Sept. 7, 1990
2ª Unidad	El proceso de trabajo como eje para el aprendizaje permanente	Ciudad de Guatemala Sept. 22–Oct. 3, 1990
3ª Unidad	Administración del desarrollo de la fuerza de trabajo	Managua, Nicaragua Marzo 11–21, 1991

Dará comienzo ahora una segunda fase del programa en Centroamérica, que se refiere a una etapa nacional, donde las decisiones sobre necesidades de capacitación y la instrumentación de cada proceso capacitante estará a cargo de funcionarios nacionales (preferiblemente de los que fueron capacitados en los dos ciclos subregionales); los países contarán, en caso necesario, con la cooperación técnica de funcionarios del Programa Regional de Recursos Humanos y de su Programa Subregional PASCAP que tiene sede en Costa Rica. La decisión de mantener o no un nivel técnico “avanzado” en las actividades educativas nacionales será competencia de los grupos nacionales que conduzcan el proceso, y estará sujeta, además, a la existencia de recursos docentes idóneos para sustentar tal nivel de trabajo.

El monitoreo del proceso capacitante se hará en los sitios de trabajo y aprendizaje, y en reuniones de seguimiento de tipo subregional, anuales.

SEMINARIO PARA LATINOAMERICANOS SOBRE ATENCION PRIMARIA Y “FELDSHERS” EN LA URSS

Desde hace varios años, el Ministerio de Salud de la Unión Soviética lleva a cabo un Seminario Internacional sobre el papel del “Feldsher” en la estrategia de atención primaria, de acuerdo con la modalidad puesta en práctica por aquel país. El evento ha contado siempre con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud, y ha estado dirigido a países de las distintas Regiones que constituyen la OMS. Este año, y merced a gestiones del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, el encuentro estará dirigido a funcionarios de los países latinoamericanos; el idioma a utilizar será el español. Se trata de un Seminario-Viajero, financiado por

el PNUD, bajo la responsabilidad técnica del Instituto Central de Estudios Avanzados de la URSS, y como agencias ejecutoras la OMS y la OPS.

El evento se desarrolló partiendo de la premisa básica de que “los enfoques y estrategias utilizadas por la Unión Soviética en áreas rurales y urbanas para proveer atención primaria de salud, pueden constituir una buena demostración para participantes de países con distintos grados de desarrollo socioeconómico, que enfrentan problemas de capacitación y utilización de personal de nivel intermedio en sus servicios de salud”.

El evento se desarrollará del 13 al 24 de mayo de 1991 en Moscú, Leningrado y áreas rurales, y contará con 15 participantes latinoamericanos, 2 de la OPS y 1 de la OMS. Tiene como objetivos específicos alcanzar consenso en relación con la utilización de personal de nivel intermedio en APS, establecer un análisis crítico de la metodología de capacitación en servicio, analizar comparativamente los enfoques de educación continua para este personal, y proveer sugerencias concretas para seguimiento de la actividad.

XIII CONFERENCIA PANAMERICANA DE EDUCACION MEDICA

Bajo el auspicio de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina y la Asociación Centroamericana de Facultades de Medicina, y organizada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, se llevó a cabo en San José la XIII Conferencia Panamericana de Educación Médica, del 27 al 30 de enero del año en curso.

El tema central del evento fue “Educación Médica, Servicios de Salud y Seguridad Social”, teniendo como objetivo general el “realizar un foro internacional entre las Escuelas de Medicina con los servicios de salud, la seguridad social y el sector privado, que permita actualizar, enriquecer y mejorar los programas de las respectivas instituciones, en beneficio de las comunidades de América”. Participaron alrededor de 60 docentes y dirigentes de la educación médica del Continente, y la conducción de la temática planteada estuvo a cargo de expertos reconocidos de las Américas.

En uno de los próximos números de esta Revista se hará referencia a las conclusiones y acuerdos tomados en la reunión.

INVESTIGACION SOBRE MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE APRENDIZAJE

Como se ha informado en esta Revista, el Grupo de Consulta sobre Investigación Educativa reunido en Topes de Collantes, Cuba, en noviembre de 1990 definió las líneas de investigación a ser desarrolladas por grupos multinacionales en apoyo de la consolidación de la propuesta metodológica y conceptual sobre educación permanente de personal de

salud. Una de las cuatro grandes áreas o espacios para la investigación educativa se refiere al desarrollo de sistemas de monitoreo y seguimiento del proceso de aprendizaje, en el contexto de los servicios de salud y en el marco del proceso de trabajo como elemento esencial de la propuesta pedagógica en cuestión. Cuatro países (Bolivia, Honduras, Nicaragua y Guatemala) presentaron propuestas de trabajo sobre este tema, centradas en experiencias del trabajo educativo actualmente en curso en ellos (una en el ámbito de la Universidad, dos del Ministerio de Salud, una en Institución de Seguridad Social).

Una primera etapa del desarrollo de los respectivos proyectos de investigación está orientada a la identificación de dificultades y limitantes en la caracterización de los problemas de trabajo y del propio proceso en los servicios de salud; los resultados de las cuatro experiencias serán objeto de discusión de un Grupo de Trabajo con participantes de los cuatro países, a fin de consolidar la propuesta operativa inicial mediante los ajustes y modificaciones a que haya lugar (ver Fascículo V de la Serie Educación Permanente de Personal de Salud, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.82).

El grupo de trabajo se reunirá en San Pedro Sula, Honduras, en la tercera semana de julio próximo.

SEMINARIO SOBRE SALUD INTERNACIONAL COMO CAMPO DE ESTUDIO Y PRACTICA PROFESIONAL

Tuvo lugar en Quebec, Canadá, del 18 al 20 de marzo pasado, este evento importante de discusión, análisis y producción de ideas y conocimientos en el campo de salud internacional. Fue organizado por el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Quebec, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Organización Panamericana de la Salud.

Tuvo como objetivos analizar los desafíos que enfrenta la salud de la Región de las Américas y sus implicaciones en la formación de personal de salud internacional, examinar las experiencias sobre formación de personal en este campo que se desarrollan actualmente en el Continente, y establecer las bases para la formulación del concepto de salud internacional a la luz de las discusiones realizadas, proponiendo lineamientos para el trabajo futuro. El evento reunió a más de 30 funcionarios norteamericanos y latinoamericanos, así como personal asesor de las entidades organizadoras.

La temática discutida se agrupó alrededor de las siguientes áreas:

- Los grandes desafíos para la salud de las Américas en los años 90
- Tendencias en los programas de formación en salud internacional

- **Hacia un concepto y una práctica de salud internacional**

El encuentro fue presidido por el Viceministro de Salud y Asuntos Sociales de Quebec, el Viceministro de Salud y Bienestar Social de Canadá y el Director de la Organización Panamericana de la Salud. Los documentos de trabajo y las resoluciones y conclusiones serán objeto de publicación en un número futuro de esta Revista.



PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the



WORLD HEALTH ORGANIZATION

525 Twenty-Third Street, N.W. Washington, D.C. 20037 USA

Cable Address OFSANPAN

Telephone 861-3200

FAX (202) 223-5971

CORTESIA DE

**Dr. I. Levav
Asesor Regional en Salud Mental
Programa Salud del Adulto**

Handwritten signature and initials:
J. D.
285

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. George A. O. Alleyne, Subdirector.

EVALUACION CURRICULAR DE LA ENSEÑANZA
CLINICA EN ENFERMERIA • CARACTERÍSTICAS
ECONÓMICAS DA MEDICINA LIBERAL • INTEGRAÇÃO
DOCENTE-ASSISTENCIAL EM ODONTOLOGIA NO BRASIL
NICARAGUA: REFLEXIONES SOBRE LA PLANIFICACION
ESTRATEGICA SITUACIONAL (PES) DE LA FUERZA
DE TRABAJO EN SALUD • LA INVESTIGACION EN
ENFERMERIA EN AMERICA LATINA • EDUCACION
PERMANENTE DE PERSONAL DE SALUD: LA EXPERIENCIA
DE COSTA RICA • REVISION DE LOS CONTENIDOS
DE POLITICAS, ECONOMIA, PLANIFICACION DE SALUD
Y LEGISLACION EN LOS PROGRAMAS DE LAS ESCUELAS
DE SALUD PUBLICA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE
AMERICA • EDUCACION PARA LA SALUD: ASPECTOS
METODOLOGICOS • RESEÑAS • NOTICIAS

