

Volumen 27, No. 3
Julio/septiembre 1993

Educación Médica y Salud

RECURSOS HUMANOS PARA SALUD:
NUEVOS ESPACIOS DE TRABAJO

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

E EDUCACION MEDICA Y SALUD

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

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

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

ISSN 0013-1091

Ultimos números publicados:

Vol. 27, No. 1: Temas para la capacitación avanzada en desarrollo de recursos humanos, Parte II.

Vol. 27, No. 2: Recursos humanos para la atención primaria: la experiencia de Cuba.

Próximo número:

Vol. 27, No. 4: Trabajo y educación permanente en salud: la experiencia latinoamericana.

Educación Médica y Salud

Volumen 27, No. 3
Julio/septiembre 1993

ARTICULOS

- 295 **Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil.** *Lilia Blima Schraiber y Marina Peduzzi*
- 314 **Health advocacy post graduate education in Brazil: a response to new constitutional rights.** *Sueli Gandolfi Dallari y Rosemary Barber-Madden*
- 326 **La administración del conocimiento como orientación estratégica de la OPS/OMS.** *César Hermida*
- 341 **Recursos humanos em saúde: reptos atuais.** *José Paranaguá de Santana y Sabado Nicolau Girardi*
- 357 **Implantación de programas de garantía de la calidad en los hospitales de América Latina y el Caribe.** *Humberto de Moraes Novaes*
- 376 **La evaluación en las residencias médicas municipales: clínica pediátrica del Hospital Pedro de Elizalde.** *Nora M. Blaistein*
- 400 **Elaboración de una escala de creencias sobre medicina social: Escuela de Medicina Dr. Pablo Acosta Ortiz.** *Virginia Adrián de Loggiodice, Mariela Montilva de Mendoza, María L. Mendoza de Menacho y Pablo Chaviel*

RESEÑAS

- 408 **La Serie Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS.**
- 414 **Efectividad de un programa comunitario de docencia y servicio en salud oral.** *William Brenes Gómez y Nora Chaves Quirós*
- 424 **Evaluación de conocimientos básicos para el manejo de las enfermedades infecciosas: resultados de una encuesta.** *Alejandro E. Macías Hernández, Juan M. Muñoz Barrett, Alma D. Gaona y José Sifuentes Osornio*
- 431 **Preferência por medicina geral em um curso de medicina: relação com mudança na ambiência clínica.** *Dejano T. Sobral*
- 440 **Aplicación de un modelo de atención primaria de salud oral con enfoque docente asistencial.** *Clara Misrachi L.*
- 452 **NOTICIAS**
- 458 **LIBROS**

Impreso en papel reciclado a partir del Vol. 25 No. 1, 1991.

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.

TENDÊNCIAS E POSSIBILIDADES DA INVESTIGAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL¹

Líliã Blima Schraiber² e Marina Peduzzi³

INTRODUÇÃO

Os recursos humanos têm sido objeto privilegiado de interesse na saúde, principalmente quando, nas políticas públicas para o setor, se discute a organização dos serviços em termos da qualidade de suas práticas. A recente Reforma Sanitária Brasileira, procurando reorientar a intervenção para os princípios da universalidade, equidade, integridade das ações e participação popular nos serviços, é também exemplo disto.

Como realidade dos serviços e momento do trabalho em saúde, o campo dos recursos humanos ainda não armazena, contudo, conhecimento capaz de responder substantivamente a tal interesse. Esses recursos constituem-se mais em "obstáculo" à reorientação dos serviços e em preocupação da política de saúde que em apoio imediato ou referencial para mudança. É neste sentido que, enquanto objeto de intervenção, os recursos humanos surgem como um desafio, e enquanto área de conhecimento, como uma reiterada problemática para a investigação.

Com o objetivo de ampliar a discussão e contribuir para a reflexão nesta esfera, trazemos algumas considerações acerca da investigação científica sobre a realidade dos recursos humanos em saúde, particularmente no Brasil, e ressaltamos a relevância, assim como certos limites, dos vários recortes teórico-metodológicos pelos quais o conhecimento no campo se tem produzido. Com grande parte dessa produção voltada para as ques-

¹ Texto elaborado com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), representação do Brasil, junho de 1992.

² Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, Brasil.

³ Assistente de Direção e Enfermeira do Centro de Saúde Samuel B. Pessoa (Butantã), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, Brasil.

tões da capacitação profissional — mais restritamente pensada, em geral, como capacitação escolar — e com uma ponderável produção mais recente, que trata os recursos humanos desde a dimensão de força de trabalho no mercado, estes já configuram um campo de conhecimento estabelecido. Nossa pretensão é renovar este campo ao redefinirmos esses recursos dentro da perspectiva da realidade do trabalho no setor. A sugestão que trazemos busca, assim, inovar os quadros explicativos acerca dos recursos humanos, direcionando sua interpretação para a dimensão em que se realizam, tais como: constituinte do processo de trabalho, participante da organização dos serviços e sujeito de práticas sociais (de saúde).

RECURSOS HUMANOS COMO AGENTES DE TRABALHO

O campo de estudo

É de se notar o fato de que os recursos humanos apareçam constantemente problematizados no interior da questão saúde, frequentemente ganhando destaque e, não poucas vezes, sendo tratados como se conformassem, em si, uma questão. Enfocados em uma aproximação que os autonomiza e isola da condição mais geral das práticas em saúde, tal como neste último caso, ou tratados como constituintes parciais de uma totalidade maior — suas questões específicas são sempre consideradas relevante campo problemático, senão o mais significativo deles, quando as práticas em saúde encontram-se em situações críticas.

Essa importância creditada aos recursos humanos não é recente; podemos registrá-la desde os movimentos por reforma médica dos anos 50, nos Estados Unidos da América, por exemplo, nos quais toda uma recomposição da prática médica era esperada a partir de mudanças projetadas para as escolas de medicina. Esses movimentos que produziram a emergência da Medicina Integral, da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária, e que alcançaram proposições de natureza análoga, mas específicas à realidade do Brasil nas décadas de 60 e 70, objetivavam reorientar o ato médico através da recomposição do processo ensino/aprendizagem em torno de conhecimentos, habilidades e atitudes de caráter novo: a abordagem integral do doente, que deveria ser visto como um “todo bio-psico-social”, e a capacidade de reconhecimento e transformação de demandas tecnologicamente simples mas epidemiologicamente expressivas, tal como deveriam ser tomadas as “reais necessidades de saúde da população”.⁴

⁴ Os termos entre aspas são conceituações formuladas nos referidos movimentos reformadores.

Encontramos uma reedição dessa importância referida aos recursos humanos quando, em anos recentes, à propósito da Reforma Sanitária, todo um esforço transparece para situar os recursos humanos no novo contexto institucional e de produção de serviços que então se desencadeará. O tratamento especial dado para este componente das práticas em saúde, e mesmo a relevância que lhe é atribuída no interior das várias questões que este movimento reformador suscita, pode ser evidenciado na preocupação rapidamente manifesta acerca da necessidade de forjar um recurso com novas características, novo ator, como é denominado, para fazer frente aos novos conceitos que deverão fundamentar a prática futura, assim que se implantar a reforma.

O que mais nos chama a atenção neste caso é a natureza antecipatória dessa preocupação, ao tentar intervir sobre os recursos humanos por anterioridade relativamente às mudanças que se operarão sobre os demais constituintes das práticas em saúde, e não exatamente sua constatação da necessidade de intervir. Não é por apontar para uma reorientação obrigatória dos recursos humanos diante das mudanças propugnadas pela Reforma que identificamos neste alerta a reedição de antigos questionamentos. É na urgência que esta atual preocupação invoca, base de sua motivação, que nos faz ver uma espécie de retorno: novamente espera-se que os recursos humanos, por sua importância como componente das práticas, atuem, através de sua transformação, como “agente de mudança” da própria prática.

Todavia, as semelhanças encerram-se por aqui, uma vez que o significado do “ser agente de mudança” possui diferentes conotações em cada uma dessas proposições. E, porque esta diferença conceptual faz emergir uma produtiva ruptura metodológica para a apreensão da complexa natureza do que significa “ser recurso humano” no interior das práticas em saúde, devemos explorá-la um pouco mais. Com isto poderemos conhecer novas possibilidades de captar a realidade da existência social desses recursos.

Examinemos em primeiro lugar o que ambas as proposições têm em comum:

Instrumento de transformação da sociedade é a concepção do que representam os recursos humanos como componente das práticas de saúde subjacente a essas proposições. No movimento reformador do primeiro caso, a problemática em questão referiu-se à intensa fragmentação instaurada na atenção à saúde, sobretudo vinculada à prática médica, a partir de sua progressiva especialização. Esta, ademais, ao associar-se à maciça incorporação de equipamentos, produziu uma atenção cada vez mais elitista, em razão do alto custo em seu consumo, instaurando-se problemas dos seguintes tipos:

1. acesso aos serviços — acesso que progressivamente se mostra diferenciado qualitativa e quantitativamente pelos diversos segmentos populacionais e, como um todo, insuficiente;

2. capacidade “resolutiva” dos serviços, isto é, capacidade de serem satisfatoriamente responsivos às necessidades de saúde, seja pela qualidade intrínseca do ato produzido, seja pelos bruscos cortes na seqüência de atos necessários para completar a assistência, produzindo, por conseqüência, a

3. descontinuidade da assistência, pela ausência de “redes assistenciais” bem conformadas para todas as diversas capacidades de acesso, ou de compra, dos serviços.

Em certo sentido, portanto, ausências de universalização, equidade e integralidade das ações em saúde estavam inscritas como problema. Contudo, foram problematizadas em torno da capacitação fragmentária do futuro agente das práticas; da capacitação que excluiu conhecimentos das ciências humanas e da capacitação que desqualificou, como aprendizado, o central das necessidades de saúde, qual seja, a demanda usual dos serviços. Em outros termos, a tradução da exigência de se realizar positivamente aqueles pressupostos da atenção à saúde deu-se na forma de princípios de organização da prática nos quais a qualificação do agente, tomada como sendo sua capacitação escolar, emergiu como condição tecnológica essencial — condição necessária e, principalmente, suficiente.

Em razão de ter sido esta a definição de “condição tecnológica essencial” é que podemos compreender o movimento reformador como tendo se aproximado de suas questões por meio da noção de que a formação escolar relaciona-se de modo tão independente com a produção dos serviços que conseguiria presidi-la de fora, presidi-la: a formação dos recursos humanos, ou ao menos do médico em especial, seria sempre realidade anterior e de maior valor que todos os componentes da produção dos serviços. A base material, objetiva na qual se insere o agente, que é inclusive produto desses componentes, fica subordinada ao conjunto de conhecimentos de que o agente é portador, tudo se passando, pois, como se o agente, de posse desses conhecimentos e por meio de desempenhos a eles adequados, também conseguisse a eles adequar os demais componentes da prática, transformando, então, toda a produção do serviço.

Assim, por exemplo, componentes tais como os equipamentos de trabalho efetivamente disponíveis, as condições de prática do médico e demais trabalhadores em razão de seus efetivos regime e jornada de trabalho, as condições do local de trabalho ou, ainda, o uso efetivo dos serviços que faz sua clientela em razão da modalidade de sua inserção em termos de acesso às várias ações assistenciais, seriam todos eles componentes menores, subordinados e, se necessário, adaptáveis na direção da melhor prá-

tica, pelo desempenho tecnicamente correto do médico. Este desempenho, portanto, estaria na dependência estritamente pessoal deste agente.

A qualificação do trabalhador, por sua qualificação escolar, passa, conseqüentemente, a ser o princípio de organização do trabalho correlato às diretrizes políticas e ideológicas embutidas naqueles primeiros pressupostos, o que orientará a resolubilidade do serviço e, assim, sua qualidade por referência às necessidades, para o âmbito da responsabilidade privada do agente. E estes são outros pressupostos, agregados aos anteriores, também presentes nesta concepção tecnológica.

A recente proposta reforma sanitária partilha de alguns destes pressupostos pois, além de reiterar que da universalização, da equidade e da assistência integral, devam derivar princípios de organização das práticas que exigem toda uma renovação dos recursos humanos, o acolhimento da necessidade de se estabelecer uma imediata política neste sentido supõe, igualmente, uma demanda já dada: a necessidade de capacitar o agente das práticas estaria configurada antes da tradução dessas diretrizes em procedimentos operatórios que as concretizariam em tecnologias de trabalho. Isto equivaleria à possibilidade de recortar a necessidade de transformação dos agentes, especificando sua demanda virtual em uma demanda objetivamente caracterizável, antes mesmo da constituição desses agentes no interior da condição de trabalho concretamente operada. Neste caso, as qualificações de tal demanda teriam que fundamentar-se em uma necessidade idealizada: necessidade subjetivamente dada, mas objetivamente desconhecida, posto ser conhecida apenas em sua dimensão de valor e não em seu substrato tecnológico.

Pode-se fazer, neste sentido, uma analogia com o movimento reformador anterior, quando este apóia sua proposta na consecução de uma mudança de atitude do agente, diante das condições adversas no trabalho, a partir de sua formação escolar. Centrando o instrumento maior de reforma na atitude do agente, aquele movimento evidencia sua crença no pressuposto de que a inculcação de valores, além de poder derivar simplesmente da transmissão de certos conhecimentos, tem maior poder transformador da prática do que reformulações nas bases materiais e objetivas do trabalho no qual o agente se insere. Trata-se, pois, de uma proposição que, consoante com seu quadro interpretativo global, aposta nas dimensões mais subjetivas do desempenho do trabalhador.

Contudo, por aqui terminam as semelhanças entre os mencionados movimentos reformadores, uma vez que, se o agente das práticas continua sendo componente substantivo da produção do serviço, e sua qualificação, condição tecnológica necessária, já não se a toma por suficiente, como tampouco se reduz a qualificação a produto exclusivo de uma capacitação escolar. Na atual proposição de reforma sanitária são também

consideradas: as condições de estruturação institucional das práticas, as modalidades empresariais de sua disposição no mercado, as conexões da área pública e privada na produção social dos serviços e as formas correspondentes da institucionalização da clientela, além da constituição do trabalho coletivizado em saúde, remetendo a resolubilidade e a responsabilidade dos serviços para espaços progressivamente públicos. Afinal, a aproximação dos recursos humanos como força de trabalho, tal como se deu nos anos da própria Reforma na década de 80, ultrapassou sua apreensão mais aparente de “profissional” e permitiu compreender a produção das práticas como um trabalho social, lançando definitivamente a noção de “trabalhadores em saúde” para inscrição no interior desse movimento reformador.

A noção emergente já não pode se satisfazer com a mesma representação anterior e praticamente resumir a tecnologia de trabalho à condição de seu agente, menos ainda reduzir esta última a especificidades da formação escolar: enquanto trabalhador, o agente identifica-se como um dos constituintes do processo de trabalho. Ser recurso deste significará, necessariamente, uma realidade parcial do trabalho, realidade que se realiza no âmbito do trabalho e, por isso, neste âmbito se qualifica, além de realidade que se inscreve como parte de um todo maior.

O trabalhador em saúde

Que valor detêm agora os recursos humanos, por referência à sua apreensão anterior? Que valor assume esta realidade parcial que é o trabalhador neste caso das práticas em saúde? De que maneira se vincula com as demais partes para constituir o trabalho em saúde? Através de que características se passa a especificar o recurso humano em razão desta conexão? E a partir dessas especificidades, como então se qualificam para realizar os pressupostos da universalidade, equidade e integralidade nos serviços?

Estas são perguntas obrigatórias devido às mudanças ocorridas na maneira de encarar os recursos humanos cujas respostas, porém, mal começam a ser encaminhadas, posto que demandam o estudo do que é “ser trabalhador”, realidade que não mais se capta pela dimensão tão somente do ser profissional, ou mesmo força de trabalho disposta no mercado. Nesse sentido, poderíamos acrescentar que sequer sabemos que outras perguntas necessitamos para a produção desse conhecimento.

É a exigência dessa produção que inscreve a brecha metodológica antes referida, pois o espaço de investigação que por esta via se abre é o da busca de novos significados para os recursos humanos em saúde. São eles conteúdos adicionais desta realidade que recortamos do interior das práticas, o recurso humano-trabalhador. E apontamos para o fato de tratar-se de conteúdos adicionais porque, se a partir desta abordagem emerge

uma nova compreensão do que é ser recurso humano em saúde, a inovação só pode ser pensada como produto histórico dos processos anteriores de conhecimento acerca desses agentes. Isso quer dizer que, metodologicamente, passemos a relativizar, porém sem anular, aquelas características que serviram de referenciais para o conhecimento passado e que, então, se apreenderam como estatutos absolutos da condição de existência daqueles agentes.

Desse modo, não se trata de negar aspectos de profissionalismo dos trabalhadores em saúde, nem tampouco as características que adquirem em sua disposição enquanto força de trabalho em mercado. Estas são efetivamente ocorrências na realidade dos agentes do trabalho em saúde e, portanto, participam também da substância de suas situações qualificando-as. No entanto, da perspectiva de “trabalhador” são recompostas em outras especificidades, requalificadas nos atributos que as condições concretas do trabalho impõem a seu agente.

Vale dizer, por exemplo, que estes são trabalhadores exercendo profissões. Trata-se, porém, de um certo exercício profissional, e não pura ou simplesmente o exercício da profissão que projetaram no decorrer de suas capacitações escolares, imagem idealizada de prática no interior da qual se formaram. O exercício concreto é tal que, dadas as suas determinações de trabalho social, não corresponde — para o conjunto dos agentes ou mesmo para casos mais especiais, como os médicos — à tradicional noção de profissão, ao menos no sentido preciso do conceito em que domina a condição autônoma e intelectual do sujeito-agente. Aliás, este termo “sujeito-agente” alude exatamente ao destaque da condição de sujeito privado sobre a de agente de trabalho (sujeito técnico-social), situação em que o juízo técnico, socialmente determinado, subordinar-se-ia à esfera pessoal das decisões, tal qual concebido na idéia de profissão.

Essa noção de profissão foi historicamente cunhada no século XIX, momento em que, construindo seu trabalho enquanto prática liberal, o médico conseguiu estabelecer uma condição tecnológica de ampla autonomia de desempenho, sobretudo em contraste com sua situação atual. Tal condição objetiva permitiu a construção de um conceito pelo qual a independência técnica do trabalhador supôs também dever estar sob o total controle deste as dimensões de natureza extra-biológica (éticas, sociais) de sua prática.

Interpretadas como virtuais impeditivos da “correta” realização da técnica, não apenas se ampliou a concepção de autonomia nessa direção, como também o conceito expandido foi sendo estatuído com a qualidade de exigência intrínseca da profissão: a prática adequada deveria reter, como garantia de qualidade, a condição de sujeito pleno para o médico, em sua relação com o paciente e com o mercado de trabalho. Por conseqüência, o conteúdo que essa noção de profissão abarca já muito se distancia da si-

tuação real desse trabalhador e não a representa, deixando de encerrar alguns de seus significados enquanto produtor direto de um trabalho coletivizado e institucionalizado, ao mesmo tempo que expande outros — como a autonomia e o controle sobre o processo de trabalho — os quais estão, de fato, cerceados nessa sua condição.

Da mesma forma, o quadro geral das especificidades da força de trabalho em saúde, que o estudo das disposições dos agentes em mercado pode fornecer, será essencial para a compreensão desse momento da compra e venda da força de trabalho, mas pouco dirá das condições sob as quais esta força estará sendo posta em operação, ou mesmo das transformações que este processo produz sobre as qualificações originais do agente enquanto força de trabalho, deixando de incorporar essas outras questões como parte da problemática atinente aos recursos humanos em saúde.

Antes de proseguirmos, observemos que o presente tratamento conjunto de ambas as proposições acerca dos recursos humanos em saúde, apenas tem o intuito de contrastá-las por referência à tomada daquele recurso como trabalhador, não significando a identificação de ambas como se fossem uma mesma interpretação da realidade, posto que constituem, efetivamente, quadros teóricos opostos. A primeira, fundamentando-se na noção do trabalho em saúde como exercícios autônomos de profissões, pressupõe, no grau de independência que atribui aos agentes, o trabalho como ação liberta sobretudo do determinismo que a estrutura social define, praticamente assumindo o trabalho em saúde como uma espécie de “não-trabalho”. Dá destaque, assim às dimensões “humanísticas” e intelectuais do trabalho, deslocando sua tecnificação e as amarras que esta produz sobre aqueles sentidos. A segunda proposição, ao contrário, destaca no trabalho seu compromisso de prática social, alinhando-se como precursora da própria tomada dos recursos humanos como trabalhadores diretos, sem necessariamente problematizá-los nesta direção. Sua denúncia da determinação social sobre o trabalho em saúde faz aproximar seu quadro interpretativo daquele que informa a presente reflexão⁵, ainda quando deva ser relativo, exatamente pelo resgate da “autonomia e independência relativas do agente-sujeito” do trabalho o qual detém, em graus variáveis por suas diversas categorias, maior ou menor liberdade de atuação⁶.

⁵ A aproximação desses quadros fundamenta-se na base teórica comum que representaram os estudos pioneiros de Maria Cecília Ferro Donnangelo, enfocando o trabalho médico enquanto prática social: *Medicina e Sociedade* (Pioneira, São Paulo, Brasil, 1975, e *Saúde e Sociedade* (Duas Cidades, São Paulo, Brasil, 1976), este último com relevante contribuição do Professor Luiz Pereira.

⁶ Aqui invertemos, propositalmente, a denominação: ao invés de “sujeito-agente” trata-se agora do “agente-sujeito”, o trabalhador que exerce, por consciência de sua condição de trabalhador social, uma técnica na qual inscreve e percebe inscrito seu projeto de vida social, politizando-se pelo exercício consciente desta subjetividade.

Todavia, resgatemos a historicidade dessas duas abordagens examinadas, o recurso humano como profissional (sujeito-agente) e como força de trabalho. Observemos que nem em um nem em outro caso, trata-se de formulações falsas, senão de apreensões parciais da realidade dos recursos humanos em saúde, nas quais ora se revela a dimensão de “sujeito pleno da ação”, como no primeiro, ora a dimensão de “agente subordinado” à organização social da produção e distribuição dos serviços, como no segundo. A relevância eleita, porém, trará consigo uma explicação acerca daquela realidade que desloca conteúdos mais substantivos para sua explicitação como realidade na qual o recurso humano é, antes de tudo, agente do trabalho, especificando-se como produtor direto, o que não deixará de ser também um dado (e relativo) ângulo de apreensão o qual, porém, em razão do considerado, poderá nos ser agora epistemologicamente mais produtivo.

Mas antes de examinarmos esta possível maior vantagem de conhecimento, consideremos que se os mencionados recortes anteriores deixam ocultas qualificações que redimensionariam este trabalhador — relativizando seja a independência do sujeito, seja o determinismo do social —, a possibilidade de suas formulações fundou-se nos concretos históricos que fizeram da “qualidade de trabalho intelectual”, aderida à intervenção em saúde, ou da “face mercantil” desta intervenção, suas questões mais candentes nos diferentes contextos em que estas especificidades foram geradas como problemática do trabalho em saúde. As seguintes questões, enquanto impasses objetivos na realização do trabalho, não foram superadas:

- a tensão entre a especialização, com sua correlata coletivização do trabalho, e o domínio sobre o projeto e a execução do trabalho por seu agente direto, enquanto trabalhador intelectual e simultaneamente operador técnico;
- a tensão entre a qualidade da prática, como conjunto de atos e como produção individualizada de cada ato, e as determinações sobre estes atos produzidas pelo mercado de serviços e suas modalidades empresariais de organizar a produção.

Essas tensões, com a passagem da prática liberal para a atual medicina especializada e empresariada, são radicalizadas através da intensa incorporação de equipamentos materiais. Devem agora ser reelaboradas como características objetivas de uma prática na qual o agente se dispõe como um trabalhador social de natureza extremamente peculiar: ao lidar com a recuperação dos doentes, seja por via da manutenção de seus corpos, seja pela promoção da saúde, esse trabalhador detém, de modo exclusivo, enquanto “trabalhador coletivo”, a capacidade de definir, executar e avaliar seu trabalho. Por reter o monopólio de produção de conhecimentos científicos acerca de seu objeto e o monopólio de prática, instaura-se, de fato,

como agente, no geral, de ampla “autonomia no trabalho”, para além da “autonomia técnica” que a ultra-especialização pode conferir. A explicitação dos conteúdos dessa autonomia no trabalho e o conhecimento das formas de sua disposição, frente às situações de trabalho desiguais, constitui enfoque importante, mas não exclusivo, da presente proposição de um novo recorte da realidade “recurso humano em saúde”. Isto porque o recorte que globalmente situamos na investigação das “situações concretas do trabalho” em sua dupla determinação (técnica e social) e, em especial, o estudo da autonomia no trabalho, permite que nos aproximemos daqueles recursos enquanto parte da organização social das práticas em saúde e, ao mesmo tempo, coloca em destaque exatamente a face mais interna, técnica, dessa organização, por obrigar-nos a abordar a inserção do trabalhador direto no processo de trabalho desde a atividade do trabalho, isto é, no momento de sua articulação dinâmica com a prática.

Ademais, do ponto de vista histórico, este enfoque, ainda quando parcial, representa a exploração de um dos produtos mais relevantes do desenvolvimento das forças produtivas deste trabalho ainda pouco examinado. Trata-se da contradição entre as várias dimensões internas que existem sob a aparência simples e una da autonomia: conduta de relação técnica, estratégia de poder e projeto de vida pública e privada.⁷

Nessa escolha metodológica combinam-se, portanto, os valores da vida social e do trabalho em saúde com as tecnologias de trabalho, combinação que, repita-se, não será qualidade exclusiva do estudo da autonomia, mas, por inscrever-se de modo imediato neste estudo — posto tratar-se do próprio estudo da realização da subjetividade do agente no trabalho — permitirá, de modo privilegiado, resgatar os princípios da universalização, equidade, integração e participação política em saúde para o tecnológico, buscando suas possíveis traduções neste plano, o que consideraremos sinteticamente a seguir.

A presença definitiva da autonomia deriva da qualificação intelectual do trabalho em saúde, e dirá respeito ao controle sobre a proposição da intervenção, domínio das decisões que cercam a formulação do plano de ações assistenciais. Trata-se da dimensão em que o agente, colocando-se como sujeito da ação futura, reflete sobre a intervenção que proporá e na qual combina, em um julgamento que é bastante complexo, todas as informações que dispõe (ou crê serem relevantes) para firmar uma prática duplamente satisfatória — na eficácia biológica e na social do produto.

Desse modo, é a posse do projeto assistencial que chama a atenção no caso, posse esta que plenamente se configura neste trabalho coletivo

⁷ Para maior aprofundamento, ver Schraiber, L.B. *Medicina Liberal e Incorporação de Tecnologia*.

que vimos tratando, ocorrendo também, ainda que em graus variáveis, no âmbito individual de cada um dos trabalhadores parcelares. O grau variável em questão dirá respeito à maior ou menor autoridade técnica, socialmente legitimada e não apenas tecnicamente estabelecida, que detém os diversos trabalhadores parcelares a partir da divisão horizontal e vertical do trabalho em saúde. Não obstante esta variabilidade interna ao trabalho, com referência ao paciente (sujeito que tem sido historicamente sempre subordinado ao agente do trabalho, todos os trabalhadores de saúde detêm parcelas significativas do poder decisório.

Este é o traço peculiar do trabalho em saúde, diante da real impossibilidade de ações de projetos assistenciais conseguirem definição única e totalmente precisa às últimas conseqüências. Isto é, na intervenção em saúde nada é totalmente definitivo antes da execução, tendo sempre o agente direto uma possibilidade de exercer algum grau de decisão sobre o projeto geral da intervenção.

Porém, a autoria do projeto ou o maior poder de participação de um dado agente em sua formulação, após a intensa especialização da intervenção em saúde, não mais implica para esse trabalhador igual poder para controlar sua execução, o que certamente ocorrerá na ação de caráter parcelar assentada na ultra-especialização do trabalho. Nesta, o agente direto deterá o controle absoluto sobre o projeto de seu trabalho parcelar, mas não necessariamente o mesmo grau de controle sobre planos de intervenção de que sua ação específica é parte. Com isto, mesmo quando constitua uma intervenção apenas parcial na atenção à saúde requerida, manter-se-á o monopólio de saberes e práticas ultra-especializadas sob a guarda exclusiva desses trabalhadores, garantindo-lhes uma autonomia também nesta dimensão da execução técnica.

A condição de autonomia possui, portanto, diversas facetas, muito embora genericamente constitua qualificação tradicional do trabalho do médico e, de certo modo, estendeu-se, em variadas proporções, para os demais trabalhos que, historicamente, foram conformando um mesmo coletivo de intervenção em saúde.

Cabe aqui notar que incluímos a intervenção em saúde pública como pertencendo ao coletivo "trabalho médico", nesta aproximação tão extensiva que dele ora fazemos. De fato, na história, a individualização do cuidado médico, de um lado, e da prática sanitária, de outro, como intervenções complementares porém separadas, constitui uma das primeiras segmentações da medicina moderna com sua intensa medicação do social. Por isto, este tão antigo paralelismo de serviços, conformando a rede de assistência médica bastante isolada da sanitária, parece-nos denotar uma total independência entre ambas. Dado haver uma profunda distinção entre as situações de autonomia no trabalho que apresentam, a admissão da sumariíssima apreciação aqui feita deve ser muito cautelosa por requerer

relexão mais precisa. Além disso, estando esse paralelismo até certo ponto superado no caso brasileiro, já expresso na proposição de um Sistema Único de Saúde (SUS), a cautela interpretativa deve ser redobrada.

No entanto, como abordagem preliminar e guia de futuras investigações, podemos considerar a apreciação pertinente, já que o aspecto da condição de autonomia que mais queremos destacar está no fato de ter sido conferido à técnica, ao trabalho manual, uma competência intelectual, uma capacidade complexa de julgar e decidir, sendo esta o fundamento do poder político e social da autoridade técnica.

O quanto a autonomia consegue inscrever-se objetivamente na esfera de cada situação de trabalho particular, institucional ou individual do trabalhador, e o quanto seu pleno exercício gera situações contraditórias no trabalho, são aspectos a considerar em análises das condições concretas dos trabalhadores. Elas mostrarão, sem dúvida, a intensa heterogeneidade das práticas que abarcamos no trabalhador coletivo em saúde.

Entretanto, é para a qualificação mais geral que queremos apontar, a qual — ganhando determinações a partir da organização social da produção e distribuição dos serviços, mas também participando da formulação desta organização através de suas peculiaridade tecnológicas — abre a possibilidade de três abordagens do recurso humano-trabalhador, que apenas analiticamente podemos separar:

- a dimensão em que o trabalhador se realiza enquanto “mentor do trabalho”;
- a dimensão em que se realiza enquanto “produtor direto” e
- aquela em que se realiza, até certo ponto, enquanto “gerente” e “juiz” de seu próprio trabalho, adaptando a primeira condição à segunda.

Essas três posições do agente no trabalho não se apresentam sempre nas mesmas proporções para as diferentes situações, estando, ao contrário, na dependência das características particulares da situação concreta em que se insere o trabalhador. Será por isto que a definição do modo de produzir os serviços determina qual a posição dominante ocupada pelo agente no processo, isto é, determina qual a combinação adequada e necessária entre essas três possibilidades para o exercício da intervenção. Mas será pelo fato simultâneo de que, mesmo em proporções variáveis, sempre estará presente a dimensão em que o trabalhador é mentor e administrador de seu trabalho que, por outro lado, a posição efetiva do agente pode, com limites, ser construída por ele mesmo.

Conhecidos os limites, pode-se resgatar do trabalhador direto sua margem de criação pessoal quando passa a interferir na intervenção que opera enquanto trabalhador manual direto, segundo a concepção que detém sobre a saúde e sobre sua própria prática neste âmbito. Neste espaço

restrito, porém real, caberá rediscutir seus valores, sobre o social e sobre o trabalho. Contudo, para tanto, falta-nos ainda algo essencial: conhecer aqueles limites da liberdade do sujeito-agente do trabalho assim como novas e imperiosas possibilidades de investigação acerca dos recursos humanos em saúde.

Neste momento da reflexão, e através do conhecimento que propusemos, reintroduzimos a possibilidade de, até certo ponto, traçar um perfil para o agente de trabalho por antecipação a um futuro tecnológico que, sem a definição concreta deste, ficará entretanto inócuo para que logremos sua realização em termos práticos.

Panorama das pesquisas e reflexão teórica sobre recursos humanos em saúde

A política de extensão de serviços e de expansão da capacidade do setor saúde, sobretudo a partir da década de 70, significou importante investimento na construção de novas unidades de saúde, na reforma da rede existente e na incorporação de tecnologia. Porém, esses investimentos se mostraram insuficientes quando consideramos o impacto do sistema de saúde no atendimento das necessidades da população. Se pensarmos nos serviços de saúde de forma esquemática enquanto conjunto de três momentos apenas separáveis como recurso analítico, ou seja, a aquisição de recursos, a produção de serviços e o consumo de serviços, observaremos que o investimento acima referido deu-se através da aquisição de recursos materiais e tecnológicos, e que estes não tiveram desdobramentos qualitativos no padrão assistencial ou no modelo de produção e de consumo dos serviços, e sim incrementos quantitativos referidos a uma mesma modalidade de produzir.

No que se refere aos recursos humanos, no mesmo período houve também notável aumento do contingente de trabalhadores, sem que isto tivesse representado melhoria na qualidade do trabalho por eles realizado, já que observamos nos mesmos dificuldades e insuficiências na capacitação e nas motivações para o atendimento dos usuários. Também aqui a aquisição de recursos, enquanto um agregado de quantidades, não resolve a problemática dos trabalhadores em saúde. Tal situação tem impulsionado a reflexão e o debate em torno da política de saúde e, particularmente, da política de recursos humanos e do modelo assistencial, e tem demonstrado a necessidade de maior investimento na área da pesquisa, sobretudo no campo de recursos humanos no qual ainda se buscam referenciais teórico-metodológicos que possibilitem análises explicativas.

Com o intuito de identificar as tendências da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil, realizamos um levantamento bi-

biográfico da produção teórica neste campo, tendo como fontes de informação:

- Biblioteca Regional de Medicina (BIREME, SP);
- Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública/USP, SP;
- Biblioteca da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP, SP);
- Depoimentos pessoais de pesquisadores tradicionalmente vinculados à temática de recursos humanos nas Faculdades de Medicina USP, Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia, Ciências Médicas de Botucatu/UNESP, Escola Paulista de Medicina;
- Trabalhos apresentados no VI Encontro de Enfermeiras da Região Sul, Florianópolis, 1992, cujo tema central foi o estudo do trabalho em enfermagem.

Neste levantamento buscamos o período das décadas de 70 e 80, quando a questão dos recursos humanos em saúde é reconhecida oficialmente como elemento fundamental para o setor.

A partir do material encontrado (aproximadamente 500 textos), estabelecemos seis categorias para a sua classificação, delimitando os estudos acerca de:

- profissionais de saúde;
- formação/capacitação de recursos humanos em saúde;
- administração de recursos humanos em saúde;
- mercado de trabalho em saúde;
- política de recursos humanos em saúde e
- agente do trabalho em saúde.

Verificamos que a produção teórica concentra-se significativamente nas duas primeiras categorias pois, na primeira, profissionais de saúde, encontramos mais de um terço da produção e, na segunda, formação/capacitação, aproximadamente outro terço da mesma, perfazendo todas as demais apenas o outro terço dos estudos produzidos.

Na categoria “profissionais de saúde”, a abordagem dá-se sob a ótica da profissão ou prática profissional, isto é, o exercício de atividade ou ocupação especializada, sob formas determinadas de organização da produção dos serviços de saúde, do qual se pode tirar os meios de subsistência e, sobretudo, tem-se o controle. Esta conceituação, tal como explicitado, representa uma das abordagens da condição de trabalho que assume o recurso humano, enfoque que, a nosso ver, não retém nesta aproximação o central da explicação do “ser trabalhador”, isto é, o fato de que este seja apenas uma parte do processo de trabalho. Assim sendo, o tema recursos

humanos em saúde é analisado e discutido de diferentes maneira: como rol de atividades, de atribuições e/ou funções profissionais; como papéis profissionais, com a incorporação de novas tecnologias às práticas de saúde; ou ainda como escolha vocacional, ideologia profissional, ética profissional e regulamentação das profissões.

Nesta abordagem, três questões chamam nossa atenção. A primeira, é que o profissional médico aparece claramente como eixo do sistema de saúde e, mesmo não ignorando a posição nuclear que este ocupa na assistência à saúde, não podemos deixar de considerar a crescente coletivização do trabalho decorrente da especialização do trabalho do médico e da emergência de outros trabalhadores de saúde, enquanto trabalhos parcelares e complementares à totalidade do processo de diagnóstico e terapêutica.

Entendemos que esta ênfase dos estudos no profissional médico reflete sua posição historicamente hegemônica mas, considerando que os serviços de atenção à saúde resultam de ações conjugadas de médicos e outros profissionais, desponta a necessidade de reflexão sobre os recursos humanos enquanto trabalhadores coletivos. Isto nos leva à segunda questão, baseada no fato de que quando são investigados outros trabalhadores parcelares deste trabalhador coletivo, são eles tratados, conforme a própria conceituação de profissão, como recurso independente e profissionais isolados.

A terceira questão diz respeito ao fato de que, por serem estudados enquanto profissionais com suas respectivas competências técnico-científicas, os recursos humanos iriam imprimindo diferentes características e qualidades à prática dos serviços de saúde, como se a prática de saúde se resumisse a uma técnica resultado de um conjunto de conhecimentos, atividades, atribuições e funções. Por isso, é principalmente a dimensão técnica do exercício profissional que se destaca como problema, mesmo quando se trata de explicar impasses no trabalho relacionados às questões da administração institucional ou até da política da saúde.

Na segunda categoria, "formação/capacitação", os estudos tratam do processo educacional nos seus diferentes matizes: formação escolar, graduação e pós-graduação, estágios, residência, aperfeiçoamento profissional, treinamento em serviço, educação continuada, reforma curricular e integração docente-assistencial. O significativo número de estudos nesta categoria demonstra a ênfase que tem sido atribuída à esfera da capacitação profissional na área de recursos humanos em saúde, em parte, porque o processo educativo é tomado como esfera que deve responder aos modelos de organização dos serviços de saúde.

Esses estudos tendem, assim, a buscar a adequação profissional do recurso humano no sentido de executarem o trabalho conforme o preconizado técnico-cientificamente. Observamos aqui, novamente, a ênfase na dimensão técnica da questão educacional, o que reduz a educação a

apenas a reprodução e transmissão do conhecimento, ou seja, ao ensino do saber.⁸

Conforme colocamos inicialmente, os estudos produzidos nas demais categorias são, em conjunto, bastante reduzidos se comparados com as duas anteriores.

No que se refere à categoria “administração de recursos humanos em saúde”, grande parte da abordagem é, sem dúvida, mais técnica e normatizadora. Neste sentido, várias questões não foram consideradas, tais como: dimensionamento de pessoal; parâmetros quantitativos de recursos humanos para os diferentes serviços; critérios para recrutamento e seleção de pessoal; supervisão e avaliação de recursos humanos; planos de cargos, carreiras e salários e administração de serviços de saúde. De maneira geral, percebe-se uma ênfase nos estudos orientados para a produtividade e o rendimento dos recursos humanos em detrimento da investigação de modelos operativos que garantam a qualidade do trabalho. Salientamos, porém, que nos últimos anos, principalmente a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, encontramos produções teóricas nas quais a administração de recursos humanos tem sido crescentemente analisada de modo integrado à política de saúde e à questão do modelo assistencial, portanto, de forma bem mais dinâmica.

Certo número de estudos produzidos na categoria de “mercado de trabalho em saúde”, está intimamente ligado à anterior, ou seja, à administração dos recursos humanos. Esses estudos dizem respeito à oferta de trabalhadores face às possibilidades de absorção e utilização dos mesmos e aos procesos de legitimação, definição de competências e normatizações para o credenciamento dos profissionais. Neste sentido, alguns estudos demonstram a importância de entidades da sociedade civil e entidades profissionais no estabelecimento de regras para o ingresso no mercado de trabalho, assim como demonstram a crescente monopolização dos profissionais mais qualificados, especialmente os médicos, apesar de se manter mais da metade da força de trabalho em saúde ocupada por trabalhadores de nível médio e elementar menos qualificados.

No entanto, alguns estudos nesta categoria têm uma orientação teórica diversa, por utilizarem o conceito de força de trabalho tal como consagrado pela economia política e, particularmente, pela vertente marxista, e por pesquisarem o mercado de trabalho na sua articulação com as demais instâncias sociais.

Na categoria “política de recursos humanos em saúde”, incluímos textos que diretamente se referiam às diretrizes e propostas políticas para

⁸ Tomamos aqui enquanto aspectos educacionais que analiticamente podemos individualizar, a distinção entre a transmissão do conhecimento e a aculturação nos valores dominantes de construção da vida social, respectivamente designados por ensino do saber e reprodução da ideologia que faz Schraiber L.B., *Educação Médica e Capitalismo*.

o setor saúde, relatórios de grupos de estudo e/ou trabalho de órgãos oficiais, planos de ação e documentos oficiais. Não constituem, portanto, investigação sobre os recursos humanos mas sim o produto mediato destas, na elaboração de princípios e referenciais para a organização das posições relativas dos agentes nas práticas de saúde.

No levantamento bibliográfico realizado, encontramos alguns estudos que introduzem um modelo explicativo diverso para a área de recursos humanos em saúde, sobretudo o estudo de Donnagelo, 1975, que introduz uma nova leitura através da compreensão do quanto o modelo sócio-econômico interfere no desenvolvimento da prática dos profissionais e as contradições existentes no interior da mesma. A autora propõe um recorte no qual a medicina é apreendida como prática técnica e prática social e, assim, enquanto trabalho socialmente determinado. Nessa vertente, que é ampliada pela própria autora, Donnagelo, 1979, e por Mendes Gonçalves, 1979, o que se pode mostrar são as articulações do trabalho em saúde com os demais trabalhos na sociedade da perspectiva, também, da dimensão técnica deste trabalho, relevando as articulações tanto externas quanto internas, examinando a prática enquanto processo de trabalho.

Entendemos ser esta uma vertente interessante para a investigação dos recursos humanos em saúde, pois tomando-os como “agentes do trabalho” no próprio desenvolver destes (anteriormente classificada como categoria “agentes do trabalho em saúde”), ou seja, tomando-os no processo de trabalho em saúde, evidenciam-se as relações dos agentes com os diversos momentos desse processo, como o uso do saber científico, conformando um saber operatório, o objeto, os instrumentos e a finalidade do trabalho. Dessa forma, é possível articular a formação/capacitação com sua aplicação concreta em uma prática, momento em que é traduzida em tecnologias e atividades com as quais instrumentalizamos o trabalho para o atendimento das necessidades sociais, finalidade do processo que se opera através da produção e consumo de serviços.

Esta vertente vem encontrando desdobramentos em suas direções. Uma, em que o estudo do trabalhador é feito diretamente no interior do ambiente de trabalho, investigando-se a esfera do trabalho da perspectiva do conhecimento acerca da inscrição de seu agente no processo laboral. A outra vertente em que se estuda o trabalhador sendo capacitado para o trabalho e, portanto, no ambiente do processo educacional. Esta segunda modalidade encontra apenas algumas reflexões de natureza teórica, carecendo, até o momento, de investigações empíricas diretas que explicitem as características dos diversos processos de capacitação escolar relativamente às necessidades do plano do trabalho, ou da produção dos serviços assistenciais de modo geral.

Quanto ao primeiro desdobramento mencionado, já existem alguns trabalhos que se desdobram tanto na apreensão do trabalhador como

um tipo específico de agente institucional — o servidor público, por exemplo — quanto em abordagens que encaram o trabalhador como agente genérico do trabalho, ainda que estudado quase sempre na condição institucional de trabalhador do setor público. No primeiro destes casos, trata-se de estudo que busca conhecer a identidade do funcionário público enquanto um agente particular do trabalho em saúde, dentro de um quadro interpretativo que releva o conhecimento da cultura institucional como base do próprio desempenho desse trabalhador. No segundo caso, amplia-se a abordagem, buscando-se o conhecimento do trabalhador em saúde, de modo geral, como parte do processo de trabalho e como produto específico de processos institucionais particulares, sejam eles no setor público de organização dos serviços ou não. Deste último caso é necessário distinguir os estudos que se aplicam ao trabalho em saúde como conhecimento de seu processo. Estes, mais numerosos, são estudos que muito se aproximam dos dirigidos para os recursos humanos, tangenciando-os e fornecendo-lhes imensos subsídios de natureza teórica e empírica. Contudo, não constituem estudos que tomam por objeto o agente de trabalho, senão estudos que também põem o agente em relevo por buscarem conhecer o trabalho, seu objeto próprio de investigação. Será importante considerar a diferença entre tais estudos e os aqui propostos sobre o recurso humano como trabalhador pelo aprofundamento e precisão que estes últimos podem oferecer ao lidar com as questões particulares à dimensão do agente no trabalho. Por isto, os estudos sobre o trabalho em saúde são relevantes e complementares à investigação acerca do recurso humano trabalhador, mas não são superpostos nem podem substituí-la. E para esta, descortina-se toda uma nova e ampla perspectiva de trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- Arouca, A. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão crítica da Medicina preventiva*. (Tese de Doutorado, 1975) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo, Brasil.
- Clark, K. G. Preventive Medicine in Medical Schools Report of Colorado Springs Conference. *J Med Educ* 28(10), 1953.
- Donnangelo, M. C. F. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. Pioneira, São Paulo, Brasil, 1975.
- Donnangelo, M. C. F. e Pereira, L. *Saúde e Sociedade*; Duas Cidades, São Paulo, Brasil, 1976.
- Mendes Gonçalves, R. B. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*. (Dissertação de Mestrado, 1972). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil.
- Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa Recursos Humanos. *Sistema Único de Saúde. Diretrizes para a formulação de políticas de recursos humanos*. Brasília, Brasil, 1989.
- Schraiber, L. B. *Medicina Liberal e Incorporação de Tecnologia: as transformações históricas da autonomia profissional dos médicos em São Paulo*. (Tese de Doutorado, 1988). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil.

Schraiber, L. B. *Educação Médica e Capitalismo, um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista*, HUCITEC, São Paulo, Brasil, 1989.

Vidal, C. Medicina Comunitaria: nuevo enfoque de la medicina. *Educ Med Salud* 9(1), 1975.

HEALTH ADVOCACY POST GRADUATE EDUCATION IN BRAZIL: A RESPONSE TO NEW CONSTITUTIONAL RIGHTS¹

Sueli Gandolfi Dallari² y Rosemary Barber-Madden³

INTRODUCTION

The philosophical goals and political and economic realities of any country influence the development of a given system for health care delivery and determine to some extent the role of community, professional and private groups within the health sector (1). Some authors describe the role of such groups as assisting in defining needs and determining potential medical solutions to health problems, a description that suggests the traditional medical model. Others define the role more broadly to include involvement in the formulation of health delivery systems and policies aimed at improvement of health status. This approach suggests a more action-oriented advocacy model (2–4). Many community, professional, and private organizations view themselves as speaking or acting on behalf of constituent groups (5).

Although often ignored, frequently misunderstood, and difficult to secure, community participation has been a major principle of public health since the 1920s (6). The Declaration of Alma Ata in 1978 states that “health is a human right” and signals the importance and need for community participation in planning and carrying out health programs (7).

¹ Adapted from a paper presented at the American Public Health Association Annual Meetings, Atlanta, Georgia, United States of America, November 10–14, 1991.

² Director General, Center for Study and Research in Health Law, Faculties of Public Health and Law, University of São Paulo. Postal address: Av. Dr. Arnaldo, 715, 01255 São Paulo, S.P., Brazil.

³ Clinical Professor and Director, Maternal and Child Health Program, Center for Population and Family Health, Columbia University School of Public Health.

The World Health Organization (WHO) has developed an approach to foster health promotion policy and to "advocate" for changes in public policy that promote health across public sectors (8). However, advocacy in public health is not a recent concept. Indeed, advocacy activities were an integral part of social programs in the 1960s and are well documented in epidemiology, nursing, and the media (9-12).

This article describes the process of developing a curriculum in public health advocacy based on the dispositions (provisions) of the Brazilian Constitution promulgated in 1988.

SOCIAL MOVEMENTS AND POLITICS IN BRAZIL

Community organizations have played a major role in health policy development. With the advent of the military dictatorship in 1964, the role of the State was redefined and its intervention in the economy expanded into all spheres of life in the society. *Movimentos Populares de Saúde* (Popular Health Movements) formed during this period attempted to equilibrate forces between the society and the State (13-15).

By the late 1970s, a movement was formed to reorganize Brazilian society and break from the dictatorship's authoritarianism. A new social consciousness evolved through efforts of the new leadership in the Catholic Church (the most organized effort nationwide), women's groups, worker unions, and human rights organizations. The Brazilian public began to identify its rights and press for public recognition of them. Social movements and other groups, through the national campaign of "Diretas Já" (direct vote), sought to force the military government to hold direct elections. These groups established a new structure which enabled participation of the general public in the debate over social rights. During this period, a number of groups, including the academic community, elements of the Ministry of Health and State Secretariats of Health, the Catholic Church, worker unions and "Movimentos Populares de Saúde," moved toward the development of a new health policy framework at the Eighth Health Conference in 1986 (16).

At the same time that political and social factors contributed to a decline in Brazil's economic status and a stagnation of the development process leading to a deterioration of health status and of the health system, a Constitutional Assembly was convened in 1986 to prepare a new constitutional document. At that time, no one believed that the process or the final product would be democratic (17-19). While the model was still guided by a small group of intellectual elites, the people won an important victory with the promulgation of the Constitution.

THE RIGHT TO HEALTH AND THE BRAZILIAN CONSTITUTION

The new Brazilian Constitution guarantees the right to health as a social right for all the people (Article 196). The three spheres of political power in the Brazilian State (Union, States and Municipalities) are required to make provisions for health services (Article 23, II). Since the citizenry can now introduce legislative proposals directly (Article 14), participate in public hearings (Article 58, Paragraph 2, II), hold public referenda, and declare its will in plebiscites (Article 49, XV), legislation related to health can be enacted by the people.

Public participation, along with Executive Power, is explicitly mandated in the Constitution, not only because it is required in the Health Section (Article 198), but also because it is required for all planning at the municipal level (Article 29, X). It is important to note that the health system is constitutionally decentralized. This means that the priorities must be defined at the municipal level.

Health services and actions (health promotion and surveillance activities) are considered to be of "public relevance." This means that the Brazilian government, in all three spheres, must give priority to the health sector.⁴ Taking into account these provisions and the fact that the Constitution now clearly mandates public disclosure of the proposed budget and actual allocations for each health priority, the avenues for public intervention in the decision-making processes are extraordinary (Article 74, Paragraph 2). Moreover, any action of Heads of the Executive Power at the three spheres of government against the exercise of social, individual, and political rights is considered a crime of "responsibility" subject to impeachment (Article 85, III).

Several new instruments were created to guarantee rights mandated in the Constitution. These instruments should be examined, keeping in mind that the associations (community, professionals, unions, etc.) were legitimized in Article 5. This means that such associations can now legally intervene in judicial processes on behalf of the rights of their members and the interests of their constituencies (Article 5, LXX, B). Specifically, the instruments of significance to this discussion are as follows: the "Mandado de Injunção" (Writ of Injunction), which protects one's right against the failure of public powers which do not enact the laws or administrative procedures necessary to enforce the provision (Article 5, LXXI); "Ação

⁴ This was the conclusion of the Workshop on the Concept of Public Relevance in the 1988 Constitution held by CEPEDISA under the auspices of the Pan American Health Organization, with the participation of constitutional scholars, state and federal judges and state and federal district attorneys, São Paulo, October 4, 1991.

Direta de Inconstitucionalidade" (Direct Action of Inconstitutionality), through which even the associations can demand that the Supreme Court declare a law unconstitutional (Article 103, VII, VIII, IX).

For the first time in Brazilian constitutional history, the functions of the attorney general are clearly defined at the Union and State levels. These functions are very broad and include, among other things, the protection of Indians, the environment, and public goods (buildings, monuments, etc.). Especially as they relate to health, these functions include responsibility for the protection of all individual rights and for assuring that the health sector (including health services and actions) respect the rights of individuals. This implies the right of access to health services as well as the right to health.

NEED FOR TRAINING AND RESEARCH

The provisions of the new Constitution offer several avenues for discussion, debate, and advocacy in the resolution of social conflicts in health policy and politics, unknown heretofore at the community, municipal, state, and federal levels. This will require not only an understanding of the legal mechanisms created by the Constitution to resolve such issues, but also the study and analysis of the application of these mechanisms if they are to become operational and useful to health professionals, community organizations, and the society at large. While it is clear that the mechanisms for change are now in place, there appears to be a gap between what individuals and associations know about them and their actual application. Similarly, there is a void in research and training in this area.

PROGRAM GOALS AND OBJECTIVES

The overall goal of the Public Health Advocacy Program is to develop a theoretical and practical model for public health advocacy based on the new provisions of the Constitution and the experience of advocacy in Brazil to date. The program was developed by the Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitario (CEPEDISA), part of the Faculty of Public Health of the University of São Paulo (USP), in collaboration with the Maternal and Child Health Program of the Center for Population and Family Health, Columbia University School of Public Health. This was made possible through a collaborative agreement between the two institutions which provides a mechanism for faculty/student exchange and for joint teaching and research in the area of public health advocacy. The

objectives are to:

- develop a model curriculum in public health advocacy for students at the masters and doctoral levels from both schools of public health;
- undertake applied and policy-related research projects in administrative, legislative, and judicial advocacy;
- provide technical assistance in administrative, legislative, and judicial advocacy to grassroots community organizations and to governmental and non-governmental organizations;
- disseminate information about the concept of public health advocacy and strategies that work.

CONCEPTUAL FRAMEWORK

For the purpose of this program, public health advocacy is based on the efforts of individuals and organized groups who seek to influence governments, corporations, and bureaucracies to be more responsive to the needs of voters, investors, consumers, the poor, and other disenfranchised groups (20, 21). The basic assumption of advocacy is that individuals have basic rights which are enforceable by statutory, administrative or judicial procedures. Strategies used in advocacy focus on institutional or bureaucratic failures are inherently political (22, 23).

Four basic processes are used in advocacy:

- the identification of a particular problem and documentation of relevant facts. This often involves the analysis of existing demographic and epidemiological data or the collection of primary data using both quantitative and qualitative information;
- assessment of the political situation surrounding the problem to determine strategy development;
- development of strategies to intervene in the policy and decision-making processes of the executive, legislative, and judicial powers;
- ongoing monitoring of the situation in an attempt to assure that the target sector is socially responsible.

The literature describes several advocacy strategies (as outlined below) which have been proved effective in changing health policy (1, 12, 21). The new Constitution provides opportunities to apply these strategies more creatively. These include but are not limited to:

- social action, such as petitions and public demonstrations;
- case advocacy, involving citizen advocacy and ombudsmanship;

- class action litigation, which invokes the courts as a mechanism for change;
- legislative advocacy, which involves efforts to ensure that statutory provisions serve the needs of and protect the basic rights, including health rights, of individuals and groups, and
 - administrative advocacy, which is directed toward those who work in governmental agencies, public institutions, corporations, and other bureaucracies.

CURRICULUM DEVELOPMENT

The curriculum was developed at CEPEDISA by faculty from USP and Columbia University over a period of four years. It consists of two components: a formal six-week course and an internship, also of six weeks' duration, in which students carry out field work under faculty supervision.

Course development

Beginning in 1987, a six-credit graduate course entitled "Planning and Development of Health Policy: The Role of Private, Community and Professional Organizations" was team-taught at USP. Twenty masters and doctoral students participated in this course and carried out four short-term field projects under faculty supervision.

In 1989, a new six-credit course entitled "Special Studies in Public Health Advocacy" was offered, and an internship component was developed. Six USP and two Columbia students enrolled in the course. They carried out a pilot administrative advocacy project under faculty supervision. The following year, 20 USP students and two Columbia students enrolled in a graduate level course entitled "Planning and Development of Health Policy: The Role of Private, Community, and Professional Organizations." In 1991, public health advocacy became a formal (permanent) track in the Faculty of Public Health's graduate program. This permitted the integration of public health advocacy material in the health law track and vice versa. The track requires 330 hours of formal classes and field work. The topics covered in formal classes are outlined in Table 1.

Student selection

Professionals in the fields of public health medicine, nursing, social work, health education, psychology, and pharmacy who are enrolled

TABLE 1. Public health advocacy course topics.

| Course | Course contents |
|-------------------------------------|--|
| Brazilian constitution | Health as a right Direct democracy |
| Health policy development | Establishment of national objectives National budget planning process |
| Public health advocacy | Principles Assumptions Basic processes Advocacy strategies |
| Use of research methods in advocacy | Quantitative Methods Qualitative Methods |
| Role of community organizations | Advocacy objectives Strategies, successes |
| Professional organizations | Role of worker unions Health professionals Illustrative examples |
| Administrative advocacy | Role of health councils Illustrative examples |
| Legislative advocacy | Use of lobby Preparation of proposals |
| Media and advocacy | Role of public relations Use of newsletters/TV/radio |
| Judicial advocacy | Class action Role of the Public Ministry |

at USP's Faculty of Public Health or Columbia University's School of Public Health are eligible to participate in the program. Students are invited to informational meetings in which the course and fieldwork requirements are discussed. Each student is interviewed to determine the extent to which his career goals and interests are in concert with program goals. In general, 35% to 50% of the students who express an interest are selected. In 1990, for example, 30 students expressed an interest, and only 17 were chosen. Due to the limited resources for supervision of field work and the nature of the projects, the ideal number of students is deemed to be 7 to 10.

Since the program was initiated in 1987, 44 students from USP and 6 from Columbia University have participated in it. They have represented eight disciplines, as shown in Table 2. Forty-three were from Brazil, one from Egypt, one from the Dominican Republic, four from the United States, and one from Haiti.

TABLE 2. Public health advocacy students by discipline.

| Discipline | University | |
|-------------------------|------------------|----------|
| | USP ^a | Columbia |
| Psychology | 2 | — |
| Medicine | 10 | 1 |
| Public Health Education | 2 | 1 |
| Nursing | 2 | 1 |
| Pharmacy | 1 | — |
| Law | 2 | — |
| Health Administration | — | 2 |
| Sociology | — | 1 |
| Occupational Therapy | 1 | — |
| Home Economics | 1 | — |
| Geography | 1 | — |
| Biology | 1 | — |
| Audiology | 1 | — |
| Total | 24 | 6 |

^aUniversity of São Paulo.

Public Health Advocacy Internship

Each student who enrolls in the six-credit course is required to complete a field work project. Due to the nature and complexity of advocacy projects, the faculty develops plans during the semester prior to the course. The projects are selected from among requests received by CEPEDISA for technical assistance in mounting advocacy projects in the City of São Paulo. The interns are assigned to work in small groups (2–4) on selected projects under faculty supervision. They work jointly with faculty to develop instruments for data collection and participate in the data collection and analysis and preparation of project reports.

The projects undertaken by the faculty and interns are designed to develop baseline data and information about existing advocacy efforts in São Paulo and to provide technical assistance when requested by community, governmental, and non-governmental organizations. The projects are both applied and policy-related and involve administrative and legislative advocacy. They are intended to have a positive impact on existing programs and to stimulate new policy and program development. In the future, we plan to develop a judicial advocacy focus as well. Since 1989, five projects have been completed and one is currently in progress.

DISSEMINATION OF INFORMATION

The dissemination of the findings of each project has both pedagogic and practical value. First, report writing and formal presentations

provide an opportunity for interns, faculty, and collaborators who often work in isolated conditions to present and publish together. In addition, the results of the public health advocacy projects have considerable value for the practitioner in Brazil and internationally. Our dissemination strategy emphasizes the lessons learned from each project, the practical use of qualitative and quantitative methods, implications for new program and policy development, and potentially over the long term, new directions in public health advocacy.

Seven papers have been presented at scientific conferences in the United States of America jointly by USP and Columbia faculty and interns, and two papers were published by referred journals.

PROGRAM EVALUATION

Thus far, the evaluation has involved three areas: the extent to which the formal six-credit course met proposed objectives, had professional application, presented topics important to advocacy, and amplified the theoretical lectures; the appropriateness and usefulness of the public health advocacy field projects, as carried out by the interns; and the current or potential impact of the public health advocacy program on the health services system.

Seventy-five percent of the 19 interns who participated in the program in 1990 (the first year we began to collect data) indicated that the curriculum increased their understanding and skills in carrying out public health advocacy activities. Eighty-two percent found the courses highly applicable to their professional work. Seventy percent indicated that public health issues and advocacy strategies were appropriately linked. The interns' assessments of course topics are summarized in Table 3. With regard to field work, 82% reported that the field work complemented the theory presented in the lectures. Half (50%) indicated that the project enabled them to understand the practice of public health advocacy, while some (12%) indicated that they did not understand the objectives of the project.

Based on a preliminary analysis of the reports of four intern projects (1989 and 1990), several observations were made. First, despite limitations in time and resources, interns, faculty, and health department staff were able to carry out a community survey and group interviews in the first full year of the program (1989) and to prepare a final report in less than one year. In 1990, interns were able to gather and analyze information and prepare an inventory of community organizations, as well as analyze documents related to the status of women and make pertinent recommendations.

With regard to the usefulness and appropriateness of the projects to collaborating agencies, we received feedback from the Municipal

TABLE 3. Course topics that received extremely high or very high ratings from 1990 interns.

| Topic | Interns (%) |
|---|-------------|
| New Constitution and the history of health policy development in Brazil | 47 |
| Public health advocacy theory, practice strategies, impact on health policy | 64 |
| Use of qualitative and quantitative methods in defining problems and developing advocacy objectives | 50 |
| Role of professional and community organizations in public health advocacy | 50 |
| Role of legislative advocacy | 81 |

n = 19.

Health Department indicating that a number of the recommendations made in our report were either being implemented or explored to determine the manner in which they might be carried out. We have since embarked on an initiative to assess the extent to which community organizations in Vila Romana have the capacity to promote health services within the community and serve as a conduit for the exchange of information between the latter and the health post.

Based on the report of assessment of the needs of community-based organizations in the North Zone, presented to the local organization in that area by the interns, we received a request for technical assistance. In 1991, interns and faculty embarked on a joint project with this group to determine the reasons for resident participation or non-participation in the popular health movement in that part of the city. Outcomes of these projects in terms of their short and long-term impact will have to be more carefully evaluated in the future.

CONCLUSIONS

Public health advocacy is still in its embryonic stage in Brazil. The analysis of the needs of community organizations shows that these organizations are fragile and that they require technical assistance at various levels of advocacy, particularly in the areas of organizational structure, identification of objectives, and development of advocacy strategies using the new mechanisms mandated in the Constitution. The Public Health Advocacy Program has thus far enabled the development of a systematic theoretical and practical model. The program will have to be evaluated to determine the impact of the training component on professional perform-

ance in the area of advocacy, and of the applied research projects on program and policy development.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors wish to acknowledge the support this program has received from The Pew Charitable Trusts, Fundação de Amparo para Pesquisa do Estado de São Paulo, The Fulbright Commission/Brasília, and The David and Lucile Packard Foundation.

REFERENCES

- 1 Macrina DM, O'Rourke TW. Citizen participation in health planning in the U.S. and the U.K.: implications for health education strategies. *Int Q Community Health Educ.* 1986-1987;7(3): 225-239.
- 2 Hamilton P. *Health care consumerism*. St. Louis, Missouri: C.V. Mosby; 1987.
- 3 Green LW. The theory of participation: A qualitative analysis of its expression in national and international health policies. *Adv Health Educ Promot.* 1986;1:211-236.
- 4 World Health Organization. *Volume 2: Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, 1973-1984*. Geneva: WHO; 1985.
- 5 Cook H, Goepfenger J, Price L, et al. A reexamination of community participation in health: lessons from three community health projects. *Fam Community Health.* 1988;11(2):1-13.
- 6 Seip C, ed. *Health care for the community: selected papers of Dr. John B. Grant*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press; 1981.
- 7 World Health Organization. *Report of the International Conference on Primary Health Care*. Geneva: WHO; 1978:34-35.
- 8 World Health Organization. *Framework for health promotion policy: a discussion document*. Copenhagen: WHO; 1986.
- 9 Barr J. Nurses have power but will they use it? *HORN J.* 1983;38(3):462-466.
- 10 International Epidemiological Association. *Guidelines on ethics for epidemiologists*. September 1990.
- 11 Janzen S. Traditional media. *PATH.* 1987;7(2):1-2.
- 12 Labelle H. Nurses as a social force. *J Adv Nurs.* 1986; 11:247-253.
- 13 Jacobi P. *Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde*. São Paulo: Cortez Editora; 1989.
- 14 Bobbio N. *Dicionário de Política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1986.
- 15 Ever T. Identidade: a face oculta dos novos movimentos sociais. *São Paulo: Novos Estudos Cebrap.* 1984;2(4):113.
- 16 Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1986.
- 17 Bierrenbach F. *Quem tem medo da Constituinte*. São Paulo: Paz e Terra; 1986: 99-128.
- 18 Dallari DA. Constituição para o Brasil novo. In: *Constituinte e democracia no Brasil hoje*. São Paulo: Brasiliense; 1985.
- 19 Grau ER. *A Constituinte e a Constituição que teremos*. São Paulo: Revista dos Tribunais; 1985:23-27.
- 20 Wooten G. *Interest groups, policy and politics in America*. New Jersey: Prentice Hall; 1985.

- 21 Quinley J. Lobbying for international health: the link between good ideas and funded programs. *Am J Public Health*. 1986;76:793-796.
- 22 Knitzer J. Child Advocacy: A Perspective. *Am J Orthopsychiatry*. 1976;46(2): 200-216.
- 23 Takanishi R. Childhood as a social issue: historical roots of contemporary child advocacy movements. *J Soc Issues*. 1978; 34(2):9-28.

LLA ADMINISTRACION DEL CONOCIMIENTO COMO ORIENTACION ESTRATEGICA DE LA OPS/OMS

*César Hermida*¹

Para el cuatrienio 1991–1994 la OPS destaca la necesidad de lograr el “desarrollo científico-técnico del sector” y, en su contexto de “cambios acelerados”, la de “formar y actualizar los recursos humanos” (1). Propone el “desarrollo de la información científico-técnica mediante la implementación de nuevos sistemas de búsqueda, almacenamiento y disseminación de la información y la constitución de redes de intercambio del conocimiento mundial en salud” (1).

En nuestros países, empobrecidos y en crisis permanente, la administración del conocimiento debe, de hecho, ir más allá de un frío desarrollo informativo científico-técnico hacia la formación de los recursos humanos. Se propone que la orientación estratégica, por razones éticas, trate de explicar las causas y factores determinantes de los problemas sociales y de salud y que contribuya a resolverlos. La ética se refiere aquí a la moral social, y esta a elegir entre el bien, representado por la equidad, y el mal constituido por la injusticia, es decir, la marginalidad y la pobreza.

Como son los pueblos, y no la cooperación, los que logran sus propias metas y objetivos, la cooperación podría ayudar a lograr ciertos resultados más o menos modestos. Entre estos podría incluirse la formación de investigadores como buenos gerentes e incluso como líderes. A través del manejo pragmático de proyectos de investigación y desarrollo, la ciencia podría constituirse en un elemento germinativo de esperanzas y nuevas realidades socioeconómicas y políticas.

Para la capacitación de estos nuevos recursos humanos en las áreas de gestión y liderazgo se proponen ciertas reflexiones en torno a tres instrumentos: la gerencia de los procesos o proyectos de investigación en

¹ Representante de la Organización Panamericana de la Salud en Honduras, 1993.

el nivel nacional; la metodología de programación específica para el gerente, y una alternativa de trabajo en el terreno para el investigador y líder.

La propuesta se inicia con una pregunta: ¿qué puede hacer el conocimiento científico por el futuro de nuestros pueblos? Esta pregunta parte de la afirmación que “es imposible concebir un mundo viviendo en paz y en desarrollo permanente cuando tres cuartas partes de la humanidad no tienen acceso a los beneficios de ese desarrollo. El conflicto entre los que tienen y los que no tienen, entre el norte y el sur, quieran o no quieran los que manejan el poder en el nuevo orden mundial que se está estableciendo, tiende a configurarse como el gran conflicto del futuro” (2).

Los investigadores se distinguirían, desde luego, por la causalidad que atribuyen a las manifestaciones sociales y de salud, como también por la forma de ejercer su liderazgo. En ambos casos existe en cada uno una expresión política respetable que no debe impedir el análisis de los elementos y valores comunes, y de la forma como podría explicarse y mejorarse la vocación de servicio a la humanidad, y particularmente a la propia comunidad. Ackoff, por ejemplo, expresa que “la política ya no es el arte de lo posible, sino de lo imposible”, para representar la paradoja de que a los investigadores-gerentes “se nos pida sostener, o incluso aumentar, el trabajo y la producción a pesar de las limitaciones y aun recortes presupuestales y de personal” (3).

Administrar es servir y por eso la orientación debe exigir la formación de líderes. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana señala, por ejemplo, que “la formación de recursos humanos debe incluir en forma prioritaria la formación de líderes, o el desarrollo de líderes que es mucho más apropiado” (2).

GERENCIA DE PROYECTOS DE INVESTIGACION

En el proceso de servir (“ministro” quiere decir “servidor”) de manera científica, generalmente se reconocen tres elementos en la gestión del jefe o gerente:

- Dirección o liderazgo
- Organización institucional o estructural
- Coordinación programática

La coordinación programática (más allá de la planificación) tiene, a su vez, tres componentes: el diagnóstico científico, la propuesta del proyecto o programa y el proceso científico de seguimiento y evaluación.

Los proyectos o programas deben plantear el qué hacer (lo cual significa, en primera instancia, saber qué investigar). Se trata de un asunto cognoscitivo, teórico o ideológico en el sentido de que cada uno tiene una manera de ver y explicar los hechos.

La dirección se preocupa por quién desarrolla o dirige el proyecto, es decir, por quién investiga. La organización se pregunta cómo se investiga. Aquí se alude a la organización como estructura (incluida la infraestructura como recurso físico y la superestructura como elemento institucional jurídico y político).

El “qué” de la gestión en investigación

Los consejos nacionales de ciencia y los institutos de investigación de todo tipo en América Latina parecen haber estado más preocupados por el objeto (el “qué”) investigado que por “quién” investiga y “cómo”. Frente al lento y parco desarrollo de las ciencias, los consejos e institutos habían propuesto sus políticas de investigación e incluso habían fijado prioridades y hasta señalado líneas de investigación, muchas veces en grosera desproporción con los fondos, recursos y apoyo dados a los investigadores.

En materia de salud se sugería estudiar las afecciones prioritarias, tales como la desnutrición, las enfermedades infecciosas y las enfermedades transmitidas por vectores, pero se había estudiado poco y publicado aun menos sobre la situación y características de los investigadores. Las prioridades para México, para citar un ejemplo representativo, correspondían, en la obra de Soberón, Kumate y Laguna, a las siguientes (2):

- 1) Enteritis y diarrea de origen microbiano
- 2) Infecciones agudas de las vías respiratorias
- 3) Enfermedades prevenibles por vacunación
- 4) Planificación familiar
- 5) Accidentes
- 6) Paludismo
- 7) Cáncer cervicouterino
- 8) Adicciones
- 9) Malnutrición

El país acusaría, de acuerdo al esquema de Feachem (4), las siguientes prioridades:

- alta — diarreas, paludismo, sarampión, tétanos neonatal y tos ferina
- media — desnutrición, infecciones parasitarias, tuberculosis, fiebre tifoidea, oncocercosis, uncinariasis
- baja — ascariasis, amebiasis, dengue, lepra

Los ejemplos anteriores encerrarían un “qué” casi exclusivamente biológico, que reflejaría la ideología del “quién”, si el mismo libro no mencionara, citando a Gutiérrez Trujillo, otro tipo de prioridades:

- La dinámica de la población
- Las adicciones
- Las infecciones intrahospitalarias
- La formación de investigadores en salud pública

Y, citando a Fernández de Castro:

- La vacunación antisarampionosa
- La erradicación del paludismo
- El control de las diarreas

Este “qué” —o más bien, su “cómo” — parecería tener soluciones exclusiva y francamente institucionales.

Algunos autores sostienen que en el “qué” epidemiológico hay un sesgo de clase, o en pocas palabras, una diferencia entre ricos y pobres. Los trabajadores manuales tienen una mortalidad más alta en el Reino Unido, por ejemplo, y esta diferencia se hace cada vez más grande. Mientras más baja la clase social, más alta es la tasa de mortalidad (5). Pero ¿es el tipo de empleo, es decir, la capacitación o profesión expresada en términos de clase social en el Reino Unido, lo que distingue a los ricos de los pobres?

Otros autores opinan que las desigualdades no se reducen a estas diferencias. Estiman que existe una “transición en salud” (4) que se refiere a “los cambios en los niveles y causas de enfermedades y muertes que están ocurriendo en los países en desarrollo y que en gran medida ya habían tenido lugar en los países desarrollados”. Según estos autores, “la transición en salud es el resultado de la acción de tres componentes, no todos orientados en la misma dirección: el demográfico, el factor de riesgo y la terapéutica”. Aunque pueden fácilmente proporcionar información empírica sobre las diferencias citadas —a mayor subdesarrollo mayor enfermedad y mortalidad— difícilmente explican otra causalidad que no sea la del riesgo biológico.

A pesar de que Feachem descarta el término “transición epidemiológica” por ser muy limitado en comparación con el de “transición en salud”, Frenk (6) lo reintroduce en la misma línea de pensamiento argumentando que no suscribe “la visión maniquea que a menudo se refleja al contrastar categorías vagas como ‘enfermedades de la pobreza’ versus ‘enfermedades de la abundancia’. La realidad resulta mucho más compleja de lo que sugeriría una simplificación de dos perfiles opuestos. En particular resulta equivocado identificar los trastornos pretransicionales como un problema de los pobres y los postransicionales como problema de los ricos”.

Frenk sugiere, por consiguiente, que existen al menos dos grupos: el suyo y el de los maniqueos. El suyo sostiene que “la polarización epidemiológica parece obedecer a procesos históricos que han conducido a la división entre una población rural cuya economía es fundamentalmente

agrícola y una población urbana basada en una economía industrial y de servicios”.

Más simple de entender parecería ser la hipótesis de que en todas las sociedades se ha generado históricamente una gama de matices que se extiende desde los más ricos hasta los más pobres, seguramente porque los primeros se aprovechan de la producción de los segundos y, por ende, las enfermedades y las defunciones son más frecuentes entre estos, obviamente debido al desgaste producido por la explotación directa e indirecta. La propuesta es la de un tercer grupo polarizado en igual medida y equivocado también, pero en todo caso, el proceso interescolar del pensamiento científico no es precisamente una lucha entre grupos de equivocados, sino una infatigable búsqueda de la verdad, que es cada vez menos relativa.

El “quién” y el “cómo” de la gestión en investigación

En nuestros países (7) los científicos o investigadores pioneros tuvieron que resolver por sí solos todos los problemas relacionados con el proceso de investigación, los cuales podrían resumirse en los cuatro siguientes:

- 1) Problemas relacionados con la obtención de información bibliográfica sobre el conocimiento disponible, la cual, aunque se limitaba exclusivamente a la que estaba disponible en el medio, debía ser recolectada por los propios investigadores. Afortunadamente, esto dejó un legado de magníficas bibliotecas personales.
- 2) Problemas relacionados con la recolección y el procesamiento de los datos. Estos debieron resolverse con los recursos personales del investigador.
- 3) Problemas vinculados con la publicación o comunicación de los resultados y que también tenían que resolverse con los recursos personales del investigador.

Paulatinamente las instituciones tomaron a su cargo el primero y tercero de los problemas citados, pero no el segundo. Esto ocasionó que muchos investigadores, pioneros en el campo de la salud y desconocedores de algunas ciencias y técnicas básicas, como la epidemiología y la estadística, arriesgaran la validez de ciertas conclusiones. Lo anterior llevó a la contemplación de un nuevo problema:

- 4) La forma de lograr la enseñanza y el aprendizaje de la investigación, partiendo de la siguiente pregunta: ¿Quién había enseñado a los pioneros a investigar? Se solía argumentar que los pioneros habían sido autodidactas, pero entonces ¿cómo habían

enseñado a los demás a investigar después de haber aprendido ellos mismos? Este proceso dio lugar a la grave situación de que varios investigadores se convirtieron en “pontífices” que no solo pontificaban sobre las verdades mayores, como solían referirse a algunas, sino que ocultaban otras verdades básicas, tales como su propia falta de conocimiento ocasional. Raras veces se producía el reconocimiento necesario para decir sencillamente “no sé”.

Los pioneros, entre ellos varios pontífices, merecen indiscutiblemente un monumento de reconocimiento a su esfuerzo. Son el prototipo del investigador-líder y en todos los países han pasado a la historia en el desempeño de diferentes funciones directivas. Se deben reconocer y señalar sus cualidades, pero también algunos de sus defectos para de esa manera aprender de ellos y evitar que estos hombres se conviertan en figuras legendarias y deshumanizadas, alejadas de sus propias vidas y obras, o en otras palabras, de la verdad científica en su propio medio.

Los cuatro problemas señalados anteriormente, que los pioneros resolvieron históricamente, actualmente ya deberían estar bajo la dirección de instituciones de apoyo, es decir, de instituciones para la administración de la ciencia encargadas de estimular y financiar el desarrollo de proyectos específicos para beneficio de la comunidad científica, la cual tiene que ser, en última instancia y en un futuro no muy distante, toda la humanidad. Estas instituciones constituyen caminos certeros para el desarrollo de los investigadores-líderes.

El “cómo” de la gestión institucional de la investigación

Se distinguen dos tipos de instituciones relacionadas con la investigación:

- las que ejecutan los proyectos de investigación
- las que deben administrar los procesos de la ciencia

En el primer grupo se encuentran las unidades, centros o institutos —universitarios o no y estatales o privados— con sus unidades centrales y de trabajo de campo, sus laboratorios, aulas, salas, y demás, donde el investigador y su equipo llevan los proyectos a la práctica.

El segundo grupo de instituciones corresponde a las que administran la investigación. Pueden ser universitarias o no y estatales o privadas y, como los consejos nacionales de universidades, los consejos nacionales o locales de ciencia y tecnología, y los institutos y academias de ciencia, se encargan o deberían encargarse exclusivamente de administrar los proyectos y, quizá en un nivel más complejo, de administrar los procesos cien-

tíficos. La definición de estas tareas resulta crucial para distinguir claramente a estas instituciones de las otras que realizan investigaciones. Las instituciones de administración de la ciencia se encargarían de los tres componentes básicos de aquella:

- 1) la gestión de la investigación, en el sentido de dirección, organización y coordinación;
- 2) la planificación, que incluye el diagnóstico, evaluación y programación de los proyectos, y
- 3) el financiamiento de los proyectos.

En materia de gestión, la dirección señalaría las líneas y áreas prioritarias que habría que estimular para satisfacer las necesidades del medio. La organización del proceso de investigación incluiría la información científica (bibliográfica), el procesamiento y análisis de los datos, la comunicación científica mediante publicaciones y presentaciones en foros y congresos, y el entrenamiento de los investigadores y del personal de apoyo que estos necesitan. La coordinación agruparía los proyectos por áreas temáticas específicas.

En las actividades de planificación, el diagnóstico serviría para actualizar el conocimiento (*state of the art*) e investigar el campo de las investigaciones en sí (cienciología) con miras a desarrollar temas específicos en el nivel empírico o técnico y también en el teórico. Por ser el único proyecto de investigación en manos de estas instituciones, la programación permitiría asistir a los proyectos a través de una coordinación eficaz de los mismos. Finalmente, la evaluación se iniciaría partiendo del diseño de la hipótesis y su método de prueba, y continuaría con la consideración del proceso, para lo cual se miden la consistencia de los instrumentos de recolección y análisis de datos y las posibles causas de error, tanto en la recolección y en el análisis, como en la comunicación científica.

El área de financiación se encargaría de apoyar la obtención de fondos. Estas instituciones serían financiadas en parte con fracciones del presupuesto obtenido para apoyar a los proyectos. Huelga decir que estas actividades administrativas podrían degenerarse si en torno a ellas se produjera una burocracia innecesaria e inclinada a crear, para poder sobrevivir, nuevos y engorrosos formularios e informes de todo tipo.

GESTION DE LA INVESTIGACION COMO EJE DE LA ORIENTACION ESTRATEGICA Y LA COOPERACION

Diferencia entre administración y gestión

¿Qué es la administración del conocimiento científico? Los conceptos son fruto de diversas escuelas de pensamiento que se dan en los

procesos históricos del desarrollo de las ciencias. Kliksberg (8) sostiene que se “agrega una nueva confusión, de carácter epistemológico al significado de administración, al postular que se trata de una ciencia (en Taylor), de una doctrina administrativa y de un arte sucesivamente (en Fayol), y de una sistematización de prácticas (en Thompson)”.

Si proponemos que la ciencia es la explicación causal (teoría) de las manifestaciones o fenómenos (empiría), y que la epistemología se relaciona más con la historia de los fundamentos y métodos de las teorías, se puede entender mejor la propuesta de Kliksberg y Taylor. La definición de Fayol es similar, pues una doctrina es un conjunto de propuestas teóricas (o ideológicas cuando no tienen base científica) y el arte es más manual o práctico. A esto último alude Thompson de manera exclusiva.

El propio Kliksberg propone una definición de administración que se refiere exclusivamente al área cognoscitiva (8): “Un conjunto de conocimientos referentes a las organizaciones, integrados por nociones atinentes a la explicación científica de su comportamiento y nociones atinentes a su tecnología de conducción”. Según esta definición, la administración de la ciencia se referiría a los conocimientos sobre las organizaciones que tienen que ver con la ciencia y la tecnología de conducción de las mismas. Sin embargo, la administración del conocimiento como posibilidad democrática que da acceso a la ciencia, a la verdad y a los conocimientos científicos —es decir, la administración del conocimiento como valor ético, como estrategia, como servicio— no se circunscribe a las instituciones de la sociedad civil, sino a las actividades individuales y en grupo de toda la población.

La administración como ciencia, tal como propone Kliksberg —es decir, con procedimientos explicativos empíricos (arte) y teóricos, aunque fuera solo sobre las organizaciones o instituciones de la ciencia— se queda en el ámbito de un “estudio” de las organizaciones. La administración del conocimiento científico, como valor ético, estrategia o servicio, se logra a través de los conceptos de gerencia y ejecución de los proyectos científicos de salud. Tiene que ver, por consiguiente, con la dirección, organización y coordinación de los procesos institucionales e individuales de las ciencias de la salud, que se traducen en proyectos de desarrollo cuya base científica se encuentra, a su vez, en los proyectos de diagnóstico o investigación en salud.

Se ha dicho que cuando la gerencia coordina lo hace propiamente en el ámbito cognoscitivo. Cuando organiza, se mueve en el campo neuromotor, es decir, en el del arte. La dirección es la propia capacidad intuitiva del líder. La coordinación y la organización se refieren a lo mental y lo neuromotor, los dos componentes de la fuerza de trabajo. Lo mental se aproxima más a la teoría, mientras que lo neuromotor se acerca más al arte. Tanto la ciencia como el arte parten de la práctica empírica para llegar

a la teoría causal, pero la ciencia va al pensamiento y regresa a lo concreto y material, y el arte, en cambio, permanece en la experiencia estética intelectual. La dirección es más volitiva, más intuitiva, y está más cerca de la imaginación y acaso de la fantasía.

Tanto el arte como la ciencia se desenvuelven en el mundo de las emociones y pasiones, que es el mundo de la vida afectiva. Este muchas veces dirige la voluntad más allá de los componentes cognoscitivos y neuromotores. Esta área volitiva y afectiva es la que se propone como elemento constitutivo de la dirección. Es el área de interrelación con los demás por excelencia, dentro y fuera de la institución. Es el componente de la creación y aporte individuales y de la toma de decisiones, es decir, de la capacidad y responsabilidad del liderazgo.

La dirección es la toma de decisiones y la capacidad de hacer que las cosas sucedan. Es la posibilidad de generar seguidores y, cuando no hay elementos negativos de antagonismo, como en el caso de la autocracia, es la posibilidad de formar los recursos prioritarios que los países tanto necesitan. Esta sería la mejor opción para el desarrollo y acaso la más ventajosa, aunque a veces no es explícita en cuanto al proceso de diseñar y ejecutar los proyectos.

La cooperación técnica entre países como promotora de la gestión en investigación

Como revelan las actividades habituales de la cooperación —es decir, la asistencia de consultores y asesores, los seminarios, cursos y reuniones internacionales, los becarios, etc.— esta es en realidad una cooperación técnica entre países (CTP). (Se ha sugerido no usar los términos CTPD —cooperación técnica entre países en desarrollo— ni CTI —cooperación técnica internacional—, en el primer caso porque parece limitar, con algo de sarcasmo, la cooperación entre países que en la mayor parte de los casos solo reciben cooperación unilateral, y en el segundo, porque el término resulta demasiado general.)

La OPS establece de manera bastante completa los conceptos y prácticas de esta cooperación. Subraya, por ejemplo, que “las actividades de la OPS se concentrarán en promover la cooperación técnica entre todos los países, independientemente de su etapa o nivel de desarrollo. Por tanto este documento se referirá a la Cooperación Técnica entre Países” (9). Sin embargo, la tarea no parece ser tan sencilla. Andrade sostiene, por ejemplo, que “los grupos susceptibles de iniciar un proceso sólido de Cooperación Técnica Internacional en el sector salud y de CTPD no están debidamente preparados. (...) Existe una profunda escasez de especialistas en el campo internacional para la salud. (...) Las instituciones públicas y privadas del

sector de la salud con capacidad para llevar a cabo acciones de CTPD en lo inmediato, deben ser agrupadas, mantenerlas informadas y mantener información acerca de las mismas" (10).

El papel de las representaciones y centros de la OPS en la tarea de desarrollar y movilizar a los investigadores-líderes cobra importancia vital, por consiguiente, no solamente para traer asistencia técnica desde afuera, lo cual sería provisional hasta que los países fueran autosuficientes, sino para convertirse, una vez sucedido esto último, en proveedores de asistencia internacional desde adentro. En ambos casos la función de las representaciones y los centros resulta permanente.

La CTP auspiciada por la OPS abarca cuatro elementos de un acuerdo que expresa la voluntad política de dos o más gobiernos de resolver conjuntamente un problema mediante contribuciones específicas y la participación de la OPS en el aspecto técnico y financiero. Tiene tres modalidades de cooperación: la de tipo A de carácter recíproco, con abordaje bilateral o multilateral para resolver un problema común; la de tipo B, que se refiere a la cooperación del país A con el país B para resolver un problema de B; y la de tipo C, en que se produce un intercambio y en que los países A y B cooperan con el país C para resolver un problema de C.

El documento también señala que para fines de la cooperación de la OPS/OMS, tanto en la fase de diseño como de implementación, la propuesta debe tener las características de un proyecto específico. Si estos proyectos corresponden a la investigación científica y al liderazgo de sus protagonistas, particularmente si se logran proyectos de colaboración en el campo de la investigación, la CTP habrá llegado a un grado notable de madurez en América Latina.

Metodología de programación específica para la gestión en investigación

De la forma en que se planifiquen los proyectos, tanto de desarrollo (que deben incluir diagnósticos científicos de situación) como de investigación propiamente dicha, dependerá el logro de la estrategia de administración del conocimiento y el del desarrollo de los investigadores como buenos líderes y gerentes.

El método del marco lógico (ML), propuesto actualmente por la OPS, no es una panacea, sino un procedimiento que sirve para uniformar el diseño y la presentación de los proyectos, como cualquier otro método impuesto por las razones que intervengan en un momento dado. Posee la ventaja de que hace pensar en forma lógica y se apoya en principios básicos, como los siguientes:

- Planificación con participación de todos los actores en las relaciones de causa y efecto, en la definición del problema y en el establecimiento de prioridades;
- Establecimiento de metas, objetivos, resultados esperados y actividades (MORA), así como de indicadores, verificadores y supuestos (IVS);
- Aplicación del método científico, análisis del sistema, acuerdos contractuales y razonamientos integrados.

El ML se reconoce como un importante instrumento de diseño. El método “obliga a examinar los elementos decisivos de un proyecto en forma sistemática” y “ayuda a aclarar y analizar las hipótesis en que se basa un proyecto”. El ML como método, es decir, como proceso o camino sistemático para plantear y clarificar un problema, plantear hipótesis de solución con propósitos y objetivos, y establecer un proceso técnico y pragmático de soluciones mediante actividades con recursos temporales y espaciales específicos, es un proceso lógico como cualquier otro que se apoya en el método científico. En ese sentido no tienen ninguna exclusividad, pero parece muy ventajoso optar por “un solo camino” para estandarizar los procedimientos y mejorar la coordinación.

EL TRABAJO EN EL TERRENO PARA LA GESTION DE LA INVESTIGACION

El concepto del trabajo en grupo en dos culturas

Una de las características más importantes de las sociedades aborígenes es que actúan en grupo. La individualidad se difumina en lo colectivo y las capacidades neuromotoras y mentales de la fuerza de trabajo trascienden a la colectividad. Esta, como la tierra, es indivisible y pertenece a todos. En el plano afectivo, las emociones y voluntades son también de todos. El desarrollo contemporáneo de Occidente trajo consigo, al parecer, el concepto y la práctica del individualismo y de la propiedad privada. Lo “mío” apareció para definir, dividir y cambiar. Las expresiones “mi caballo”, “mi casa”, “mi tierra” servirían para intercambiar y generar ganancias.

Cinco siglos más tarde, los pueblos aborígenes latinoamericanos siguen manteniendo sus valores y actuando en grupo. Todavía sus conceptos y valores en materia de salud, para dar un ejemplo, parecen ubicarse en un contexto diferente al de las acciones y conceptos de la medicina clínica occidental. Aún se conservan sus valores a pesar del choque de culturas.

La presencia de canchas de baloncesto, hechas con cemento costoso y provistas de altos y elegantes aros, en modestas escuelitas andinas

donde juegan niños que visten ponchos para protegerse del frío de las grandes alturas y que apenas pueden conseguir una bola de trapo para empujarla con los pies, ilustra el desfase lamentable de la tecnología provista por los profesionales latinoamericanos y pone de manifiesto el choque de culturas. No se trata de un diseño equivocado por error de los educadores, sino de uno gratuitamente importado de una cultura ajena.

Pero estas observaciones orientadas a arquitectos y profesores ¿no llevan a los profesionales de la salud a reflexionar sobre los servicios que prestan? ¿Están bien la forma en que se hacen las cosas y el lugar donde se hacen?

El ejercicio clínico —anamnesis, examen físico, pruebas de laboratorio— o proceso de diagnosticar y tratar a los pacientes individualmente, ha constituido la práctica médica prevaleciente en la atención de salud y ha dado forma a las instalaciones donde se ofrecen los servicios, como los edificios y equipos, y a los procedimientos correspondientes relacionados con el movimiento de pacientes, empleados, documentos, muestras y resultados.

Las nuevas opciones de atención primaria plantean la necesidad de abordar interdisciplinariamente la revisión de los diseños físicos tradicionales de los servicios de salud. Estas opciones incluyen las investigaciones epidemiológicas, como los estudios de prevalencia de desnutrición (con control dentario y testicular), bocio endémico, diabetes, hipertensión, leishmaniasis cutánea y otras afecciones y, dentro de los servicios, las medidas preventivas y de promoción de la salud, como serían la vacunación, el control prenatal, medidas de preparación para casos de desastre, y otras.

Estas nuevas opciones también implican una revisión de la calidad de la atención de salud, pero esta vez desde el punto de vista de la atención a grupos. Para este fin es útil, desde luego, la consistencia científica de las normas clínicas de la atención —es decir, los cuadros sindrómicos de síntomas y signos que sirven para diagnosticar y proponer un tratamiento— las cuales se aplican en la práctica clínica individual pero se generan en investigaciones colectivas.

Por otra parte, la atención en grupos provista en sentido centrífugo permite que se produzca con naturalidad una participación social en sentido centrípeto. El grupo de investigadores se integraría con igual naturalidad a la población.

La nueva gestión local para la investigación en grupo

Los centros de salud que prestan atención ambulatoria suelen estar sobrecargados. Sus servicios son de carácter principalmente clínico e individual, aunque los grupos poblacionales que los exigen y los procesos

patológicos prevalentes se conocen perfectamente bien: mujeres embarazadas, niños con infecciones respiratorias o diarreicas, hombres en edad productiva con hipertermias asociadas con enfermedades transmitidas por vectores. La repetición incesante del procedimiento clínico resulta inútil. Más bien parece conveniente educar a estos grupos para que sepan prevenir, diagnosticar y tratar sus propios problemas de forma colectiva y, tomando elementos de la epidemiología social, para lograr que el proceso clínico también sea comunitario (11). La anamnesis, los exámenes físicos y los exámenes complementarios se harían con historias clínicas normalizadas y orientadas a los problemas prioritarios. En una segunda etapa se podría pasar a entender la causalidad biológica en el contexto de la causalidad social.

Cuando los trabajadores de la salud intentan realizar actividades de promoción y prevención con la participación de la comunidad, encuentran que la funcionalidad de los servicios constituye un factor limitante, tanto debido a actitudes mentales de enfoque individualista, como a estructuras físicas creadas para la atención clínica de pacientes enfermos y no para la promoción de la salud en la población sana.

El diseño de una atención de carácter colectivo para reemplazar a la atención clínica individual exige un enfoque interdisciplinario. Pero debido a que los médicos, y acaso el resto de los profesionales de la salud, continúan formándose para la práctica individualista y llevándola a los servicios, pareciera provechoso divulgar estas reflexiones en las facultades y escuelas de formación y no solamente en los centros de salud, donde la participación comunitaria suele ser más frecuente.

El trabajo con grupos lleva a la reflexión sobre ciertos cambios correspondientes que se estiman aconsejables:

1) Reemplazar la atención del experto médico como primer recurso por una secuencia de recursos de complejidad creciente, delegando las primeras atenciones al personal auxiliar (en casos de desnutrición, úlceras cutáneas, diarreas, infecciones respiratorias, etc.) y dejando que el profesional supervise y diagnostique y que el especialista solo defina los casos complicados. Esto ahorraría exámenes complementarios y medicamentos, que suelen ser escasos.

2) Cambiar la relación médico-paciente por una relación entre el equipo de trabajo interdisciplinario y la población. Esto conlleva cambiar el documento de la historia clínica por otro instrumento de investigación epidemiológica.

3) Hacer que el sujeto de la atención ya no sea exclusivamente el enfermo, sino también la persona sana. Para ello se necesita un entorno físico provisto de espacios adecuados para la espera, atención y movimiento de estos dos grupos.

4) Reemplazar el enfoque de la atención médica basado siempre en el dolor y la enfermedad, por uno en que un equipo de salud interdisciplinario visita, con actitud positiva y estimulante, a los miembros de la población. La unidad de salud se convierte en un centro de trabajo aferente y eferente al que la población acude con confianza porque en él se le permite actuar y recibir apoyo social.

5) Cambiar el enfoque inductivo por un planteamiento hipotético-deductivo global sobre los distintos factores determinantes, y

6) Lograr un cambio de actitud en el personal de investigación y de los servicios de salud, para que aprecie el carácter didáctico del abordaje colectivo.

Es posible que estos elementos de investigación y desarrollo modifiquen la atención de salud en el nivel primario, transformando la estructura física y mental tradicional de los procedimientos médico-clínicos por otra de carácter interdisciplinario y colectivo orientada a la investigación y al desarrollo.

Parece indispensable fomentar la crítica de los patrones individualistas que han caracterizado la investigación y atención de salud en los países de la Región, para tratar de encontrar una opción más auténtica y afín con la idiosincracia y las necesidades de nuestros pueblos. El abordaje colectivo ofrece una alternativa para poner en manos de la propia población una nueva forma de administrar el conocimiento que constituye una estrategia renovadora y auténtica.

CONCLUSION

Se considera que la orientación estratégica de la OPS en lo que respecta a la administración del conocimiento es una responsabilidad ética fundamental para mejorar la falta de equidad en el campo de la salud en las Américas. Se propone como alternativa un proceso de capacitación orientado a preparar a los investigadores como gerentes y líderes mediante tres tipos de instrumentos: la gerencia de instituciones y proyectos de investigación, incluidas la propia OPS y las posibilidades de cooperación entre países; la metodología de programación específica para la gestión en investigación; y las posibilidades del trabajo colectivo sobre el terreno.

REFERENCIAS

1 Organización Panamericana de la Salud. *Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1991-1994*. Washington, D.C.: OPS; 1991.

2 Macedo Guerra de C. *Desarrollo de la teoría y práctica de la salud pública en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 1991.

- 3 Laguna J. Relaciones entre los problemas prioritarios de salud y la determinación de las prioridades en investigación en salud. *Rev Salud Publica Mex.* 1991;33(6).
- 4 Marmot M, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet.* 1991;337.
- 5 Feachem R, et al. Introducing adult health. En: World Bank. *The health of adults in the developing world.* Washington, D.C.: World Bank; 1990.
- 6 Frenk J, et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol Of Sanit Panam.* 1991;111(6):485-496.
- 7 Hermida C. *Crecimiento infantil y supervivencia: reflexiones para investigadores nuevos.* Belice; 1991:68-79.
- 8 Kliksberg B. *El pensamiento organizativo: de los dogmas a un nuevo paradigma gerencial.* Buenos Aires: Editorial Tesis; 1990:15.
- 9 Organización Panamericana de la Salud. Documento AD/28-1; marzo de 1992.
- 10 Andrade A. *Bases para la cooperación técnica entre países en desarrollo.* Caracas, Venezuela; 1990.
- 11 Hermida C. Atención de salud en grupos. *Educ Med Salud.* 1986;20(2).

RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: REPTOS ATUAIS¹

José Paranaguá de Santana² e Sabado Nicolau Girardi³

INTRODUÇÃO

As preocupações com as questões de recursos humanos nos serviços de saúde vem de longa data. Análises e recomendações a este respeito podem ser encontradas em inúmeros registros na história das instituições do setor saúde em todos os países. O Brasil não é exceção a esta regra: desde os primórdios da nossa história sanitária fala-se da necessidade de melhorar a qualidade ou ampliar as disponibilidades numéricas do pessoal encarregado das ações de saúde. O que a atualidade traz de novo é a agudeza e a magnitude dos problemas, cuja tensa acumulação decorre de dois fatores básicos: (i) o inusitado crescimento e qualificação da demanda por serviços, num contexto ético-político marcado pela extensão da cidadania e da democracia e (ii) a incapacidade de resposta ágil e efetiva do sistema de saúde, na esteira da crise econômico-financeira, da inépcia política e administrativa do poder público e dos altos graus de incerteza que marcam o processo de redefinição dos papéis do estado e dos mercados na sociedade brasileira de hoje.

A abordagem do tema de recursos humanos de saúde pode ser feita a partir de vários enfoques. No âmbito deste trabalho, interessa analisar as características e as tendências históricas (em termos de curta-duração) do mercado de trabalho e da estrutura ocupacional da saúde, isto é, do conjunto de práticas e relações de trabalho articuladas na produção de bens e serviços de saúde. É igualmente interessante conhecer, explicar e formular intervenções sobre os processos de preparação dos trabalha-

¹ Revisto e ampliado a partir de texto original elaborado pelos autores para o Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina realizado em Brasília, Brasil, em maio de 1991.

² Médico, Consultor de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, Brasil.

³ Médico, STC da Organização Pan-Americana da Saúde, Washington, D.C. e Pesquisador do NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais.

dores de saúde. Um terceiro plano de acercamento do assunto refere-se aos aspectos de gestão do processo de trabalho, ou do domínio e manejo da função trabalho no processo de produção de serviços de saúde.

No escopo deste documento não se pretende uma incursão aprofundada sobre tal referencial temático. Seu objetivo limitar-se-á, portanto, a uma breve discussão sobre a estrutura ocupacional do setor saúde no Brasil, à identificação dos grandes desafios que se colocam no caminho da “Reforma Sanitária Brasileira” no campo dos recursos humanos e, por último, a alguns comentários sobre as alternativas para encaminhamento de tais desafios.

A ESTRUTURA OCUPACIONAL DA SAÚDE NO BRASIL⁴

As características da força de trabalho e da dinâmica do emprego em um setor específico da atividade sócio-econômica não devem ser vistas isoladamente do contexto que é a estrutura ocupacional de conjunto da economia de um país. Nesse âmbito mais geral podem ser apontados alguns traços que são comuns no cenário histórico dos países capitalistas que experimentaram expressivo desenvolvimento sócio-econômico ao longo deste século: (i) crescimento das ocupações nos setores da indústria de transformação, nas atividades burocráticas e de prestação de serviços, com declínio da ocupação em atividades agrícolas; (ii) incremento da participação feminina no mercado de trabalho; (iii) tendência a crescente profissionalização e especialização do trabalho; (iv) difusão da forma salariada de utilização da “mercadoria” força de trabalho e redução do trabalho não remunerado. Estas referências tornam-se interessantes na medida em que se buscam suas expressões peculiares no âmbito da saúde.

O crescimento do emprego nos serviços de saúde

O crescimento do emprego em atividades de saúde no Brasil tem sido, pelo menos no período das duas últimas décadas para as quais alguns estudos estão disponíveis, superior à média dos demais setores da economia. Em determinadas conjunturas, especificamente nos lapsos recessivos recentes, tal tendência se verificou inclusive em relação aos setores mais dinâmicos do mercado de trabalho formal urbano. Durante a pro-

⁴ Esta parte do texto teve como base o documento “Estrutura Ocupacional da Saúde no Brasil: Parte I, O Subsetor Público” elaborado para a Comissão Nacional de Plano de Carreira, Cargos e Salários do Ministério da Saúde do Brasil, de autoria de Sabado Nicolau Girardi (dezembro de 1990). Salvo quando citada explicitamente outra fonte, os dados aqui apresentados foram daí retirados.

funda recessão dos anos 81–83, por exemplo, enquanto vários daqueles setores experimentaram variação negativa do emprego, o setor saúde seguiu apresentando forte dinamismo na absorção de força de trabalho, cumprindo, nos termos econômicos Keynesianos, um papel importante na sustentação da demanda efetiva⁵.

Entre 1970 e 1980, o número de pessoas ocupadas em saúde, no Brasil, mais que duplicou, passando de 560 272 para 1 233 008 trabalhadores. Vale ressaltar que nesse contingente estão incluídos tanto aqueles que preenchem os requisitos educacionais e legais para sua prática — os profissionais de saúde, em sentido amplo, como aqueles que, mesmo não possuindo habilitação educacional e legal específica para trabalho em saúde, ocupam-se em atividades deste setor. As projeções para a atualidade indicam a existência de aproximadamente 2 500 000 trabalhadores em saúde, o que representaria cerca de 4% da população economicamente ativa (PEA) do país. Ao comparar este percentual com os de países capitalistas desenvolvidos para o final dos anos 80 (EUA, 7%; Canadá, 8%; Suécia, 11%) pode-se pensar que a tendência de crescimento da força de trabalho em saúde no Brasil ainda manter-se-ia com sinal positivo no futuro, tanto em termos absolutos como relativamente ao conjunto da economia — a menos que ingressássemos em um processo de estagnação irreversível.

Entretanto, um fato adicional a ser considerado, que merece mais atenção do que comumente se lhe tem atribuído, diz respeito a um persistente decréscimo observado nas taxas de crescimento da demanda, por postos de trabalho, em estabelecimentos médico-sanitários formalmente instituídos no transcorrer dos últimos 20 anos. É curioso registrar que entre 1970 e 1976 o emprego em saúde cresceu a uma taxa média geométrica anual de 13,0%; baixando para 8,6% entre 1976 e 1980; 6,2% entre 1980 e 1984 e finalmente para 4,3% entre 1984 e 1987⁶. A depender de expressarem uma tendência de natureza apenas conjuntural ou um ajuste de corte estrutural, estes números possibilitam duas leituras distintas. Uma leitura mais direta aponta para uma simples desaceleração daqueles impressionantes ritmos de incremento do emprego formal em saúde em termos de um ajuste ou regulação quantitativa dos níveis de crescimento do emprego — numa função de produção — à dinâmica de conjunto de uma economia, a da saúde, que estaria no limite de sua fronteira de possibilidade

⁵ Alguns trabalhos realizados a partir de meados dos anos 80, especialmente os do grupo de estudos de recursos humanos em saúde da OPAS-Brasil/Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ/ NESCON-UFMG, reportam detalhadamente estes números. Alguns destes trabalhos estão sintetizados em "Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: Elementos Conjunturais e Estruturais", Rio de Janeiro, 1987. OPAS, Brasília (informe de pesquisa).

⁶ Ver Girardi, Sabado N.: "Dinâmica e Estrutura do Emprego em Saúde no Brasil, 1976–87: Compreender para Explicar", Belo Horizonte, 1988 (documento mimeografado).

de produção. Uma leitura mais equilibrada, quer dizer mais a fundo, aponta para a possibilidade de haver uma regulação de outro tipo no mercado de trabalho em saúde, regulação que reclamamos mais qualitativa. Para essa segunda leitura, podemos estar diante de profundas modificações das formas de uso e consumo da força de trabalho em saúde.

É plausível que o crescimento da força de trabalho em saúde, nos anos recentes, esteja se dando num cenário de informalização concomitante das relações de trabalho. Isto, é o que vem acontecendo em outros setores da atividade socioeconômica. Ao contrário do observado nos anos 70, quando o *boom* da força de trabalho se deu num movimento de “institucionalização” da saúde e de crescimento do emprego, nos anos mais recentes, o crescimento do emprego em saúde pode estar se dando junto com a intensificação do uso de formas menos institucionalizadas de contratação de trabalho em saúde. As estatísticas usualmente disponíveis não permitiriam captar este tipo de fenômeno em toda a sua magnitude, deixando “escondida” parte do crescimento do emprego em saúde, especialmente nos níveis mais descentralizados do sistema.

O emprego feminino

A tendência ao aumento da participação feminina nas ocupações de saúde no Brasil pode ser vista quando verificamos que a participação relativa das mulheres subiu de 40%, em 1970, para 60% do total de ocupados em 1980. Mantida a tendência de crescimento dos anos 70, teríamos atualmente uma cifra de 80% de mulheres no setor saúde, valor que se aproxima daqueles observados em outros países (Suécia, 80%, em 1989; e Equador, 60%, em 1982). Merece destaque o fato da predominância feminina no conjunto da força de trabalho em saúde não se verificar em várias categorias profissionais. O censo brasileiro de 1980 indicou as taxas de 20,6% para a categoria médica, 28,2% para a de odontólogos e 37,7% para a de farmácia. Tipicamente femininas se apresentavam as categorias de enfermagem: 94,0% entre enfermeiros e 83,9% entre técnicos e auxiliares. Embora os dados apresentados exemplifiquem a hegemonia masculina em algumas profissões⁷, há provas de tendência à reversão gradativa

⁷ O crescimento da participação das mulheres na força de trabalho em saúde não deve obscurecer a discriminação do trabalho feminino, “que se traduz no cotidiano do setor, entre outras coisas, pela ocupação diferencial de cargos de chefia e pelo exercício de funções de menor prestígio. Tais situações, aliadas às menores oportunidades de acumulação de emprego e de exercício autônomo, irão refletir-se, necessariamente, em menores níveis de remuneração para a força de trabalho feminina. Em 1986, as mulheres médicas auferiram, em seus empregos, rendimentos 17% menores que seus colegas homens. O setor saúde reservou às mulheres enfermeiras salários 20% menores, no ano de 1986, do que para os homens. O mais curioso é o seguinte: nas faixas salariais mais altas, de 10 salários mínimos

deste quadro, o que se demonstra com o crescimento diferencial da matrícula feminina nos cursos de graduação. Mais da metade das matrículas de primeiro ano nas faculdades de medicina brasileiras já pertencem a mulheres. Em 1989, no Brasil, 45% dos 7 182 graduados nas escolas de Medicina e 54% dos 5 495 graduados em escolas de Odontologia foram mulheres⁸.

A título comparativo, a participação das mulheres na população de médicos nos Estados Unidos da América saltou de 7,1%, em 1970, para 14,6%, em 1985, sendo que 35,2% do total de matrículas nas escolas médicas alopáticas americanas, para o ano letivo 1988–89, eram femininas. Entre os dentistas, estimava-se que 7,6% dos 142 200 profissionais ativos nos EUA em 1988 eram mulheres. Para este mesmo ano, 33,0% das matrículas de primeiro ano, nesta categoria, eram femininas. As projeções então realizadas apontavam que, para o ano 2000, era esperada uma taxa de participação feminina na Odontologia da ordem de 16%⁹.

Uma força de trabalho em saúde mais escolarizada. Seguirá a força de trabalho em saúde a tendência ao rejuvenescimento?

A composição da força de trabalho segundo faixa etária e nível de escolaridade modificou-se ao longo da década de setenta, alterações estas associadas ao fenômeno do crescimento explosivo do ensino superior brasileiro entre o final dos anos 60 e meados da década seguinte. Entre os censos de 1970 e 1980, os profissionais de nível superior aumentaram sua participação de 29% para 34% do total. Informações baseadas nos dados

para cima, a preponderância é masculina; 66% dos empregos de enfermagem, com remuneração superior a 20 salários mínimos são masculinos" (in Girardi, S.: Força de Trabalho no Setor Saúde, I Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde, Salvador, 1989, pág. 106). Outro aspecto crescentemente abordado da discriminação de gênero é o relacionado ao assédio sexual de que as mulheres são vítimas no local de trabalho. Uma publicação do U.S. Department of Labor (1988) aponta este entre os problemas que afetariam a gestão dos Recursos Humanos nos Estados Unidos nos anos 90, in "Opportunity 2000: Creative Affirmative Action Strategies for a Changing Workforce", U.S. Department of Labor, Washington, D.C., 1988, pág. 22.

⁸ Dados da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, Ministério da Saúde, Brasil.

⁹ Os dados dos Estados Unidos podem ser consultados em: (i) para oferta de médicos: Kletke, P. R.; Marder, W. D. and Silberger, A. B.: "The Demographics of Physician Supply: Trends and Projections", American Medical Association, 1987, pág. 28; (ii) para dados de matrículas de médicos e dentistas: "Health United States 1990", U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Hyattsville, 1991, pág. 172; (iii) para oferta de dentistas "Seventh Report to the President and Congress on the Status of Health Personnel in the United States", U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (Bureau of Health Professions), 1990, pág. VII.1 e VII.3.

do imposto de renda (Ministério da Fazenda/SRF/IRPF, 1985) revelam haver preponderância dos mais jovens, mesmo entre profissões mais tradicionais, como a Medicina, a Farmácia e a Odontologia: mais da metade destes profissionais têm menos de 15 anos de ingresso no mercado de trabalho, enquanto menos de um quinto teriam idade para aposentadoria. O quadro atual e as tendências de curto e médio prazo, todavia, apontam mais para uma estagnação, seguida de envelhecimento da força de trabalho em saúde, em decorrência da paralização do crescimento ou mesmo redução do número de novas matrículas no sistema universitário.

A tendência ao envelhecimento relativo poderia obviamente ser contrabalançada caso houvesse um crescimento acentuado do emprego de categorias de nível técnico e auxiliar, com elevado ingresso de jovens neste segmento do mercado de trabalho. Esta hipótese, todavia, não encontra amparo na conjuntura atual.

Expansão da relação salarial

Característica marcante da estrutura ocupacional da saúde no Brasil de hoje é a presença do assalariamento como relação de trabalho que afeta, em forma progressiva, a todas as categorias profissionais de saúde. Embora universalizada, a forma salarial não logrou extinguir o exercício trabalhista "autônomo" ou, mais propriamente, a prática baseada em unidades de trabalho mais ou menos independentes como são os consultórios particulares, em algumas profissões de saúde, especialmente a Medicina e a Odontologia. Estas formas de trabalho médico (que não se baseiam na existência de um vínculo empregatício formal) conservam grande peso no Brasil de hoje. Entre médicos e dentistas, por exemplo, as rendas de trabalho sem vínculo empregatício corresponderam a 40,8 e 55,5% do total de rendimentos de trabalho declarados por estas categorias, respectivamente, segundo dados do Imposto de Renda de Pessoas Físicas, em 1985. O que queremos enfatizar com isto é que o assalariamento não deve ser considerado, como muito se apregou na década dos 70, a face iluminada da penetração do capitalismo na Medicina. Os dados das duas últimas décadas mostram que mais importante que o assalariamento em si foi a tendência à heteronomiação do trabalho em saúde. Com esta fórmula queremos incluir tanto o assalariamento, em sua versão clássica, como as formas de trabalho baseadas em unidades formalmente independentes, mas controladas desde fora da profissão, ou do espaço de poder de decisão da relação singular profissional-cliente. Nesse sentido, estamos convencidos de que a tendência à heteronomiação do trabalho em saúde, que favorece alguns dos "modernos" arranjos da propalada autonomia profissional, se

constitui no traço decisivo das transformações capitalistas da prática médica no Brasil recente.¹⁰

A questão do assalariamento está obviamente associada ao aspecto já comentado anteriormente do crescimento do emprego. A ampliação da oferta de empregos tem-se verificado tanto no segmento público como no privado do setor saúde. Os estabelecimentos de saúde formais oferecem atualmente mais de 1,5 milhões de empregos, divididos quase que igualmente entre os setores público e privado. No lado do setor público, o que chama a atenção é a grande concentração de empregos vinculados ao nível federal. Este mantém aproximadamente 35% do estoque atual de empregos públicos de saúde. Se a isto se agregar a participação dos estados, de cerca de 45%, constata-se a pequena expressão das redes públicas dos municípios, responsáveis por apenas um quinto dos empregos públicos de saúde.

No lado do setor privado, a tendência sobremarcante é o impressionante crescimento dos empregos no segmento ambulatorial lucrativo nos anos 80, indício claro da crescente importância que já ia assumindo a atualmente denominada medicina supletiva¹¹. Mas a participação do poder público não se esgota na questão da oferta de empregos. Estima-se que 90% do gasto com pessoal de saúde no Brasil seja suportado por recursos públicos: de forma direta, através dos vínculos de trabalho com as diversas entidades oficiais dos governos federal, estaduais e municipais; de forma indireta, através das diversas modalidades de remuneração do trabalho praticadas pela rede privada contratada ou que funciona com subvenção do poder público. Somente 10% do gasto com pessoal de saúde, segundo as estimativas correntes, seria praticada com recursos privados.

O crescimento do emprego e das formas salarizadas de utilização da força de trabalho em saúde e a heteronomia do trabalho profissional

¹⁰ Novamente apenas a título de exemplificação, entre os anos da década de 1970 até finais dos anos 1980, a participação percentual do exercício da Medicina em consultórios, entre os médicos ativos nos EUA cresceu ligeiramente de 60% para 65%, aproximadamente. Entretanto, isto não implicou em crescimento da autonomia. Pelo contrário, também neste país a tendência à heteronomia da Medicina é marcante. Henry Aaron (1991), aponta que ao final dos anos 80, aproximadamente 30% dos rendimentos dos profissionais médicos e mais de 50% da receita dos hospitais americanos estavam na dependência de programas federais de assistência à saúde, nomeadamente Medicare e Medicaid (Aaron, H. J.: "Serious and Unstable Condition: Financing America's Health Care", The Brookings Institution, Washington, 1991). Sobre a tendência a heteronomia da prática médica nos EUA, ver também Andrew Abbot, "The System of Professions: an essay on the division of expert labor", The University of Chicago Press, 1988, especialmente o capítulo 5; o autor ressalva que os dentistas permanecem como um baluarte da "solo" performance entre os profissionais americanos.

¹¹ Esta tendência foi analisada com algum detalhe por Médici e outros em "Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: Elementos Conjunturais e Estruturais", Rio de Janeiro, 1987. OPAS, Brasília (informe de pesquisa), op. cit, capítulos 5 e 6.

trouxeram duas ordens de conseqüências que reputamos de importantíssima repercussão para o futuro próximo da gestão dos recursos humanos em saúde no Brasil. A primeira delas, diz respeito às repercussões dessas tendências no campo da organização dos interesses do trabalho, quer dizer, em relação às formas de organização e estratégias de ação sindical e corporativo-profissional em saúde. Sob esse aspecto podemos dizer que “o quadro atual é marcado pelo que se pode chamar de heterogeneidade estrutural. Se de um lado temos a crescente presença das representações do trabalho assalariado ou das formas de organização coletiva típicas do trabalho, de outro temos a presença, talvez com mais força, das representações corporativo-profissionais organizando demandas que têm mais a ver com a defesa de privilégios exclusivos, mas também se ocupando das questões típicas do trabalho: a questão da garantia do emprego, a questão dos salários e das condições de trabalho”¹². A segunda delas, mas não menos importante, tem a ver com o crescimento do papel das instâncias burocrático-governamentais¹³ e das forças econômicas de mercado na regulação das profissões de saúde. Nesse contexto, os padrões de auto-regulação profissional (a auto-regulação do exercício desde corpos de pares formal e legitimamente estabelecidos), se é que historicamente tenham tido vigência no Brasil, vêm sendo questionados na prática. Alguns movimentos, como a recente onda de demandas por reformas no quadro jurídico-legal do exercício profissional em saúde (o caso dos médicos, novamente é exemplar) se inscrevem nesse último âmbito e, a nosso ver, antecipam sua importância no futuro próximo.

Na linha de confluência das considerações abordadas neste tópico figura a questão do crescimento da importância do tema da regulação das relações de trabalho e da regulação profissional. Tal questão, conforme pensamos, deverá assumir um lugar central nas práticas de gestão dos recursos humanos em saúde para os anos vindouros.

Um último comentário sobre o tema da estrutura ocupacional refere-se às questões da profissionalização e especialização do trabalho, que estão ligadas à acentuada incorporação tecnológica — que caracterizou o campo nas últimas décadas e não sem alguma tensão — ao desenvolvimento das ciências da saúde. Em primeiro lugar, a incorporação tecnológica, aliada a uma característica econômica marcante da produção de serviços de saúde

¹² Ver Girardi, S.: *Força de Trabalho no Setor Saúde*, I Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde, Salvador, 1989, pág. 107

¹³ Aqui podemos incluir, a grosso modo, (i) os aparatos burocrático-governamentais substantivos ao setor, quer dizer o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e, crescentemente, as Secretarias Municipais de Saúde; (ii) os aparatos dos governos não especificamente de saúde; como os de educação, trabalho, previdência social; e (iii) o aparato jurídico e as legislaturas.

— sua natureza intensiva em trabalho — resultou na ampliação dos tipos e da quantidade de trabalhadores necessários à operação dos serviços. É fácil observar como os novos procedimentos, tanto no campo da investigação diagnóstica, como da terapêutica, da reabilitação e da prevenção não substituem mas, em geral, acrescentam-se aos anteriores. Nesse contexto, uma série de novas e “novíssimas” ocupações vão surgindo, ampliando e consolidando seus espaços, ao passo que outras se anquilosam, desaparecem ou são exterminadas, ao sabor do desenvolvimento científico-tecnológico que funciona como verdadeiro substrato dessas transformações¹⁴. O crescimento da concorrência interprofissional no trabalho e a luta dessas categorias na esfera pública em busca de reconhecimento e legitimação, inclusive através do manejo da atuação das novidades tecnológicas, não é inócuo. Ao contrário, uma série de problemas têm sido identificados, envolvendo aspectos econômicos (como a questão de aumentos desnecessários de custos), técnico-profissionais (qualidade dos serviços) e mesmo éticos (desumanização do cuidado, direito de escolha do indivíduo). Dessa forma, a regulação da concorrência interprofissional em saúde e da relação trabalho profissional-uso de tecnologia-serviços, se coloca na pauta da gestão dos recursos humanos em saúde na direção do benefício público. Nesse ponto da análise deve-se apontar uma situação aparentemente paradoxal com relação ao que foi dito anteriormente: a despeito da evidente marcha na direção da divisão e diversificação técnica e social do trabalho, a composição da força de trabalho em saúde no Brasil apresenta uma extremada polarização ocupacional. Praticamente duas categorias ocupacionais perfazem dois terços do total: os médicos e o pessoal menos qualificado da equipe de enfermagem, os atendentes e os auxiliares. Assim, o desiderato de construção das equipes multiprofissionais, exige um esforço adicional no sentido de ampliação, inclusive quantitativa, da participação de outras categorias profissionais nas unidades operacionais de saúde. Em segundo lugar, a incorporação tecnológica e o contínuo desenvolvimento científico, impacta fortemente sobre o sistema de formação profissional em saúde.

OS GRANDES DESAFIOS

As características da composição técnica e da distribuição regional e institucional da força de trabalho em saúde assumem dimensões problemáticas na medida em que implicam obstáculos para a produção e

¹⁴ Concordamos com Abott (1988) quando afirma que da mesma forma como a tecnologia “abre” novas jurisdições de exercício profissional, também “fecha” ou destrói as antigas. Abott, 1998, op. cit, pág. 92.

oferta de serviços, segundo determinados parâmetros ou princípios, isto é, segundo um modelo assistencial definido. Na perspectiva da reforma sanitária brasileira o novo modelo assistencial significa, desde um ponto de vista normativo¹⁵, a implantação de um Sistema Único de Saúde, comprometido com a universalidade e equidade das ações e serviços de elevado padrão técnico-científico, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- participação da comunidade (Art. 198 da Constituição). O setor privado, quer dizer a complexa, heterogênea e expressiva gama de organizações e instituições que constituem a rede privada de provedores e financiadores de serviços de saúde, deve conformar-se, ainda normativamente, sob o princípio da complementariedade. A implantação de um sistema como este (no plano normativo) ou a garantia de funcionamento de um sistema de saúde reclamado pela sociedade (no plano estratégico) exige, por certo, redobrada consciência e efetivação prática do papel regulador do Estado, a começar pelo nível das prefeituras¹⁶. Nesse sentido, muitas das características da estrutura ocupacional da saúde no Brasil, e dos seus processos de regulação básicas, deverão mudar.

Apresentamos a seguir alguns dos desafios que se colocam a todos que detêm responsabilidade na gestão da coisa pública ou na condução da política de saúde no país.

- como alcançar a integralidade do cuidado, num contexto de elevado grau de divisão e especialização do trabalho, quando o contingente de pessoal engajado nos serviços de saúde é hoje fortemente marcado pela presença de duas categorias polares no espectro da divisão técnica do trabalho (médicos e atendentes)?
- como manter a qualificação técnica e científica dos trabalhadores? como recuperá-la naqueles que já se desqualificaram sob o jugo de um processo de trabalho alienado? como oferecê-la àque-

¹⁵ Normativo aqui, como correntemente empregado na economia, é utilizado no sentido de indicação do modelo pretendido, ou do que deve (deveria ou deverá) ser, em contraposição às análises "positivas" que tratam do que efetivamente é (ou foi, ou tem sido).

¹⁶ Queremos ressaltar que a utilização do termo prefeitura no lugar do usual município ou municipalidades é propositual.

les já engajados na força de trabalho e que aí ingressaram sem a necessária habilitação educacional? Estas são questões situadas no campo de um desafio maior, assim colocado: como prover cuidados de boa qualidade, de forma equânime e universal, quando a força de trabalho dos serviços de saúde apresenta altos padrões de desqualificação e obsolescência técnica?

- como prover os recursos humanos necessários para a substituição daqueles que se retiram do serviço ativo e, simultaneamente, para a ampliação da cobertura de vastos segmentos desassistidos da população, quando as matrículas no sistema escolar tendem a decrescer, especialmente em relação a algumas categorias como a enfermagem, no caso do ensino superior, ou são escandalosamente insuficientes, como ocorre no ensino técnico de saúde de nível médio e auxiliar?
- como fixar o pessoal onde ele é indispensável, mas onde, em condições normais, não permanece ou para onde, ele não se dirige naturalmente? Dito de outro modo: como corrigir ou compensar a distribuição atual, que privilegia os lugares mais ricos ou centrais das cidades, as zonas urbanas e metropolitanas e as regiões sudeste e sul do país?
- como atender o princípio constitucional da descentralização e, portanto, fortalecer ou implantar serviços municipais, quando 80% dos empregos públicos e 90% dos gastos totais com pessoal de saúde estão fora da alçada decisória das autoridades municipais?
- como interpretar e dar consistência ao princípio constitucional da participação social, quando as regras do contrato de trabalho, as normas de conduta no processo de trabalho e os critérios de avaliação de desempenho são fortemente marcadas pelo interesse corporativo e pelo clientismo político-burocrático e, portanto, pouco acessíveis ou imunes ao controle social?
- como prover ao estado, desde o nível das secretarias de saúde dos municípios e prefeituras, até os níveis federais de governo — e sob os princípios do benefício público e da garantia de qualidade — das estruturas, processos e mecanismos básicos da regulação profissional, educativa e das relações de trabalho em saúde que: (a) não sejam apenas espaços de exercício do poder cartorial, burocrático ou policialesco das autoridades públicas; (b) que não sejam simples redutos egoísticos do poder corporativo-profissional; (c) que tenham agilidade operativa e sejam instrumentos de melhoria da qualidade profissional; (d) que sejam permeáveis à participação social e (e) que sejam financeiramente suportáveis para a sociedade.

AS SAÍDAS PARA A CRISE

Crise, na língua chinesa, é uma palavra que se compõe a partir de dois caracteres que significam perigo e mudança. É neste sentido que o termo é aqui utilizado, para designar a atual situação de inadequação entre as disponibilidades quantitativas e qualitativas dos recursos humanos e os objetivos e metas preconizados para o Sistema Único de Saúde. Crise que significa um estado de coisas transitoriamente desordenado, mas que representa um momento de ruptura com os padrões tradicionais na busca de um novo patamar de organização¹⁷. Esse novo paradigma organizativo pressupõe ou, o que é mais correto dizer, será construído através da formulação e implementação de um conjunto de medidas que serão **decididas** em três arenas distintas: a do sistema legal e burocrático-administrativo, a dos locais de trabalho (ou do sistema operacional) e a da opinião pública¹⁸.

Na arena legal, ou mais amplamente, político-jurídica, é necessário negociar novas bases legais e administrativas para a regulação profissional, educacional e das relações de trabalho para a saúde. Neste último caso, isto implica uma concepção de contrato trabalhista que assegure ao trabalhador o direito ao seu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como o direito de participar da gestão dos serviços e de se valer de suas estratégias de auto-organização coletiva. Dentro de um contexto em que o “bem-comum”, quer dizer, o respeito ao direito público, ao atendimento de qualidade e “no momento certo”, deve ser considerado bem **in negociável**.

Algumas idéias iniciais a esse respeito foram discutidas nos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Especial de Planos de Carreiras, Cargos e Salários do Conselho Nacional de Saúde e se encontram expressas em seus documentos (documentos da CEPCCS do SUS, 1990). Entre outras coisas, aí se propõe um plano de carreira baseado na equidade, no desempenho e no mérito, na bilateralidade do contrato laboral, na gestão da qualidade e na gestão social. Em outras palavras, com tal concepção é necessário que se assegure os interesses do trabalho, mas também que se garanta ao usuário o seu direito ao bom atendimento, impedindo práticas

¹⁷ Immanuel Wallerstein (1991) trabalha com uma noção de crise para os sistemas históricos que muito se aproxima à situação de “alerta” que queremos ressaltar. Para o autor “crise”, num sistema histórico, não significa apenas dificuldades conjunturais dentro desse sistema mas pressões tão fortes e intensas que “o único resultado possível é o desaparecimento desse sistema como tal, seja por um processo de desintegração gradual (conduzindo a direções imprevisíveis) ou por um processo de transformação relativamente controlada (apontando para uma direção previsível e conseqüentemente para sua suplantação por um ou muitos outros sistemas)”. Nesse sentido, continua, “uma crise é por definição uma transição”. (Wallerstein, Immanuel “Unthinking Social Science: The Limits of Nineteenth-Century Paradigms”, Polity Press, 1991, pág. 25.)

¹⁸ A qualificação destes três espaços da jurisdição profissional como arenas é devida a Abbott, 1988, op. cit.

hoje muito difundidas, consideradas lesivas ao interesse social, como a multiplicidade e superposição de vínculos incompatíveis com o serviço público; que se assegure ao trabalhador remuneração condizente com a importância da sua ocupação, mas também que se garanta sua presença onde ela for necessária; que se assegure ao trabalho seu direito à qualificação, mas que se garanta à população a qualidade do serviço profissional.

No segundo caso, isto é, no âmbito educacional, é fundamental garantir ao setor saúde o papel a ele atribuído pela Constituição, qual seja, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (Art. 200); isto significa que, na definição sobre a criação de cursos e de habilitações profissionais, bem como na instalação de escolas universitárias e de nível médio, a participação do setor saúde será determinante. Por outro lado, é fundamental que se repense o sistema de formação profissional de saúde, em cada um de seus componentes, desde o técnico-profissional, passando pela graduação universitária até os níveis de pós-graduação e aperfeiçoamento superiores, em termos de sua articulação em um triplo nível:

- no nível de suas intrínsecas relações com os serviços de saúde, seus usuários e financiadores;
- no nível de suas relações com as organizações corporativo-profissionais e representações do trabalho e
- no nível de suas relações nacionais e internacionais com o sistema científico-tecnológico.

No campo da ação político-administrativa torna-se imperiosa e urgente a definição de um conjunto de instrumentos e mecanismos que dotem as instituições de saúde de modernos instrumentos de gerência — implantação de sistemas de informação-informatização, descentralização de procedimentos administrativos relacionados com o recrutamento e seleção, cadastro, lotação, movimentação etc. Ainda nesse campo de ação inscrevem-se medidas referentes ao relacionamento institucional entre os setores educacional e de saúde, destacando-se como prioritárias:

- a implantação de uma rede de escolas técnicas de formação de pessoal de nível médio para saúde, vinculadas aos serviços de saúde e supervisionadas pelos órgãos educacionais, responsáveis pela qualificação de pessoal nas diversas habilitações profissionais; a parte de educação geral desses currículos seriam integradas no âmbito do próprio sistema educacional;
- a institucionalização de processos que visem a permanente atualização técnica e científica dos profissionais da rede básica, através da ação conjunta entre as secretarias de saúde e as universidades;

- a consolidação de um programa de desenvolvimento gerencial para o SUS, abrangendo a capacitação de dirigentes nas áreas de planejamento, desenvolvimento de recursos humanos, administração hospitalar, administração de recursos financeiros, administração de material, política de medicamentos e assistência farmacêutica, epidemiologia, vigilância sanitária, tecnologia, manutenção de equipamentos, sistemas de informação, saúde do trabalhador e de organização de serviços locais de saúde;
- o desenvolvimento de um amplo programa de formação de especialistas, com ênfase em duas grandes áreas: clínicas básicas (pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica e cirurgia geral) e tecnologias estratégicas (biotecnologia, informática médica, transplantes, engenharia biomédica e outras);
- a redefinição dos projetos de ensino de graduação com base nos princípios da integração ensino-trabalho;

No espaço do local de trabalho, ou antes ainda, na linha limítrofe entre as esferas administrativa e operacional, é necessário construir-neo-gociar-firmar convênios de novos pactos entre gerência-trabalho e trabalho-trabalho, que garantam que os serviços de saúde sejam produzidos adequadamente. Gerência e trabalho, neste sentido, devem buscar as formas de negociação mais convenientes em cada caso.

De alguma utilidade, nesse sentido, apesar de algo redundante, pode ser o enfoque da relação de trabalho como uma relação de troca. Sob esse enfoque, coisas como disponibilidade de tempo, esforço ou mesmo determinados produtos, demandados sob determinados padrões de qualidade mais ou menos definidos, por um lado, são permutados por um sistema de compensação (monetário e extramonetário), mais ou menos interessante, oferecido do outro lado. Acontece, em grande parte das vezes, estarem estes “termos” da troca obscurecidos ou mesmo mal determinados: coisa comum ao setor saúde e mais ainda ao setor público de saúde. De qualquer forma, e sem querer estender demasiado esse ponto, é absolutamente plausível pensar que a única forma de se estabelecer um processo de cooperação justa (mesmo que desigual) entre trabalho e gerência passe pela negociação direta e clara desses termos. Mais que isto, tais procedimentos necessitam, para que se possam reproduzir com a regularidade necessária ao seu estabelecimento, espelharem-se em estruturas de negociação formalizadas (mesmo que transitórias).

Da mesma forma que em relação aos conflitos gerência-trabalho, a consideração da “finalidade” pública dos serviços de saúde, pressupõe que a concorrência interprofissional no local de trabalho ocorra dentro de limites negociados. Em outras palavras, a luta das profissões e ocupações de saúde pelo reconhecimento de suas respectivas e por vezes excludentes

jurisdições na “arena” do local de trabalho, não pode degenerar para um dos dois extremos: “guerra aberta” ou “tirania-submissão” profissional, extremos que inviabilizam a cooperação (mesmo que com desigualdade). Da mesma forma como no caso anterior, aqui também se abre um terreno de ação para o campo da gestão dos recursos humanos em saúde nos anos vindouros, qual seja, o da formalização dos pactos interprofissionais (trabalho-trabalho), negociados desde o local de trabalho, reconhecidos desde os níveis burocrático-administrativos, mais ou menos jurisdicionados no sistema legal e abertos para a opinião pública.

CONCLUSÃO

O elenco de medidas, sugestões e comentários acima apresentado não esgota a pauta de discussão sobre as alternativas para sair da crise, em especial no que tange à profundidade com que cada tópico foi tratado. Tal não era o objetivo deste trabalho, como já fora dito no início, mas tão somente provocar uma reflexão sobre as questões colocadas pela reforma sanitária para o planejamento, a preparação e a administração de recursos humanos em saúde — verdadeiros reptos cuja efetiva superação dependerá de como se encaminhará a própria Reforma Sanitária: como um projeto que alimenta a retórica política ou como um projeto de ação política que interessa ao processo de construção da cidadania social e a consolidação da democracia no país.

BIBLIOGRAFIA

- Aaron, H. J. *Serious and Unstable Condition: Financing America's Health Care*. The Brookings Institution, Washington, 1991.
- Andrew Abbot. *The System of Professions: an essay on the division of expert labor*, The University of Chicago Press, 1988.
- Comissão Especial para Elaboração dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários do Sistema Único de Saúde. Os Planos de Carreira para o Sistema Único de Saúde: Bases Conceituais, Princípios e Diretrizes (proposta preliminar). Brasília, DF, novembro de 1990 (documento mimeografado).
- Girardi, S. N. Estrutura Ocupacional da Saúde no Brasil: Parte I. Documento preparado para a Comissão Nacional de Planos de Cargos e Salários do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, D.F., fevereiro de 1991 (documento mimeografado).
- Organização Pan-Americana da Saúde. La fuerza de trabajo en el sector salud: elementos teóricos y evidencias empíricas”. *Educ Med Salud*, 25(1):37-47, 1991.
- . Dinâmica e Estrutura do Emprego em Saúde no Brasil, 1976-87: Compreender para Explicar, Belo Horizonte, 1988 (documento mimeografado).
- . Força de Trabalho no Setor Saúde, I Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde, Salvador, 1989.
- Kletke, P. R., Marder, W. D. e Silberger, A. B. *The Demographics of Physician Supply: Trends and Projections*, American Medical Association, 1987.
- Médici, A. C. *et al.* Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: Elementos Conjunturais e Estruturais, Rio de Janeiro, 1987. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília (informe de pesquisa).

Ministério da Fazenda do Brasil. Secretaria da Receita Federal - Imposto de Renda de Pessoas Físicas, exercício fiscal de 1985.

Ministério da Saúde do Brasil. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, 1991.

Ministério do Trabalho do Brasil. Secretaria de Empregos e Salários. Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), 1987.

U.S. Department of Health and Human Services. Health United States 1990, Public Health Service. Hyattsville, 1991.

U.S. Department of Health and Human Services. Seventh Report to the President and Congress on the Status of Health Personnel in the United States, Public Health Service (Bureau of Health Professions). 1990.

U.S. Department of Labor. Opportunity 2000: Creative Affirmative Action Strategies for a Changing Workforce. Washington, 1988.

Wallerstein, I. *Unthinking Social Science: The Limits of Nineteenth-Century Paradigms*. Polity Press, 1991.

IMPLANTACION DE PROGRAMAS DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN LOS HOSPITALES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE

*Humberto de Moraes Novaes*¹

En una reciente publicación de la Federación Latinoamericana de Hospitales tuvimos la ocasión de definir el término "garantía de calidad" como "un subprograma de programación local de los servicios de salud que garantiza que cada paciente recibirá atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada, para alcanzar un resultado óptimo, de acuerdo con los adelantos recientes de las ciencias médicas y en relación con la enfermedad principal o secundaria, la edad y el régimen terapéutico asociado. Para ello, se utilizará un mínimo de recursos necesarios, con el nivel más bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades debidas al tratamiento, obteniéndose la máxima satisfacción de los servicios recibidos, independientemente de si el nivel institucional de atención es primario, secundario o terciario, en un sistema local de salud (SILOS)" (1).

Así pues, para el desarrollo eficaz de programas de garantía de calidad se necesitarían las siguientes variables: 1) calidad técnica de los profesionales; 2) uso eficiente de los recursos; 3) reducción al mínimo del riesgo de lesiones asociadas con los servicios de salud ofrecidos; 4) satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y acceso a los servicios de salud, y 5) un sistema local de salud (SILOS) en el que los servicios intra y extrahospitalarios estén coordinados e integrados.

El cumplimiento de estas premisas, que se analizarán en el curso del presente trabajo, encierra grandes desafíos que tendrán que abordar prácticamente todos los hospitales de la Región (alrededor de 14 000), ya que todavía no se han cumplido algunas condiciones elementales. En una presentación sobre las actividades desarrolladas por la Asociación Paulista

¹ Asesor para América Latina y el Caribe en Hospitales y Sistemas de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América.

de Medicina para mejorar la atención médica en los hospitales del estado de São Paulo, Brasil, Burmeister mencionaba la existencia de un número importante de instituciones cuyos servicios de personal desconocían las calificaciones técnicas de los médicos que formaban parte de sus respectivos grupos clínicos (2). Por consiguiente, deben adoptarse medidas iniciales en lo que queda del siglo no solo para evaluar la calidad de la atención médica en América Latina sino principalmente para garantizarla en el futuro próximo. La Región ha tenido grandes adelantos en cuanto a la expansión de los servicios de salud, habiendo logrado una cobertura básica razonable, y ahora necesita orientarse para implantar programas de calidad en esos mismos servicios y sus hospitales de referencia.

Para garantizar la calidad de la atención médica, se necesita primero definir qué se evaluará, para qué, cuál será el fin (en lo que respecta al mejoramiento de la calidad clínica, el control de los costos o reembolsos, y la acreditación de los hospitales) y cómo dirigir el proceso de evaluación y corregir, sobre esta base, las deficiencias encontradas en el nivel local. Se conoce poco sobre la duración del efecto de las medidas correctivas o de los incentivos en los hospitales de América Latina para mejorar la calidad, tales como la formación de los funcionarios (debido al carácter muy cambiante del personal de los hospitales), la suspensión del pago de sueldos (práctica utilizada en los Estados Unidos para obligar a los médicos a completar el historial clínico de los pacientes admitidos), presiones por parte de los colegas del cuerpo clínico o modificaciones administrativas.

Si el objetivo es evaluar la calidad en determinada zona geográfica o de captación, orientamos la observación a los aspectos estructurales y funcionales y al impacto de los servicios en las comunidades, como hicimos, por ejemplo, en el estudio que realizamos en Niterói, Brasil, Cali, Colombia y Monterrey, México (3). Si pretendemos evaluar determinada prestación de servicios, pero con la finalidad de verificar la precisión de las cuentas de hospital para fines de reembolso, también se modifica la metodología. Cuando el proceso está orientado a evaluar el desempeño de los profesionales, debemos establecer otras reglas y métodos especiales, y así sucesivamente.

Nuestro objetivo es destacar que, hasta el presente, la evaluación de la atención médica ha consistido, muchas veces, en evaluar el "arte de curar" o sus estilos sobre la base de criterios subjetivos en torno a las conductas médicas, y no mediante fórmulas cuantitativas exactas. Esto aumenta en gran medida la dificultad de realizar un proceso pragmático de evaluación. Si algunos años despuésuviésemos que evaluar la calidad de los resultados de las diferentes técnicas de gastrectomía para el tratamiento quirúrgico de una úlcera duodenal, por ejemplo, estaríamos frente a un problema casi sin solución, ya que nos detendríamos más en la capacidad "artística" del cirujano que en parámetros científicamente medibles. En

realidad, esas técnicas quirúrgicas caerían en desuso antes de que se pudiera garantizar su calidad, debido al éxito de la introducción de las terapéuticas clínicas.

Las conductas médicas están en continua evolución y los métodos de evaluación deben tener en cuenta este aspecto y también la región o local que será objeto de observación, principalmente los valores y criterios de los profesionales y pacientes, para no caer en la imprudencia de establecer patrones con normas de calidad muy ajenas a esa misma realidad local o regional.

En algunos países de América Latina, los curanderos llegan a tener más prestigio que los médicos y hasta pueden cobrar “consultas” a un precio más alto que los “colegas” profesionales. El “arte de curar” de estos legos es notable y, en consecuencia, es apreciable la “satisfacción” de los pacientes por los servicios recibidos. La evaluación de la “satisfacción” del paciente y su familia —es decir, la evaluación de los resultados de la relación médico-paciente— depende siempre de la percepción subjetiva producida por los diferentes niveles educativos, sociales, económicos o lingüísticos que separan al profesional, y a los propios hospitales, de sus clientes.

La definición de calidad depende, pues, de las circunstancias de quien define, es decir, de sus conocimientos, valores y recursos. Para los clientes y sus familiares significa un diagnóstico correcto y un tratamiento satisfactorio desde su punto de vista; para los profesionales, significa mejorar la calidad de vida de los pacientes según criterios estrictamente técnicos. Estos criterios también están influenciados por sus percepciones, y estas por el contexto donde se trabaja, la escuela médica responsable de su formación y sus valores personales intrínsecos.

Casi invariablemente, la conducta médica tiene por base criterios implícitos que en general solo pueden ser evaluados por otro médico. Para superar esta dificultad es necesario exponer explícitamente estos criterios mediante protocolos que describan todos los pasos lógicos seguidos por los profesionales para llegar a un diagnóstico o a una intervención terapéutica correcta. Estos criterios deben ser comprendidos y seguidos por profesionales no médicos, eliminándose así la posibilidad de una evaluación subjetiva exclusivamente médica. Este proceso es bastante complicado debido a las innumerables variables que pueden intervenir en la evaluación clínica o en el tratamiento de determinada afección, tales como la edad, el sexo y la presencia de enfermedades asociadas.

Estas conductas clínicas pueden observarse en los expedientes de los pacientes, pero sus principales limitaciones se deben a la omisión de aspectos importantes, como el tipo de relación entre el médico y el paciente, y más comúnmente, errores a la hora de anotar o codificar las observaciones clínicas. El historial clínico, entre tanto, es el principal instrumento de

evaluación del proceso de atención de salud, pero aun esa modalidad, de tan fundamental importancia para garantizar la calidad en América Latina y el Caribe, está lejos de ser adecuada debido a deficiencias en los hospitales en lo que respecta a los recursos humanos preparados para la organización de los servicios de archivo y estadísticas médicas, o a las comisiones técnicas que revisan periódicamente la calidad de los expedientes.

La garantía de la calidad institucional global, como hemos visto, es también compleja y difícil. Muchas veces un hospital concentra la evaluación en aspectos secundarios simplemente porque esto es más fácil. La situación se asemeja a la del borracho que busca las llaves del automóvil debajo de un poste de luz no porque fuese en este lugar donde las perdió sino porque tiene más luz (4). Se han aplicado algunos métodos para clasificar la gravedad de una enfermedad y ayudar al hospital a identificar problemas de calidad en la atención médica, en la utilización de los recursos apropiados y en el desempeño profesional.²

En los Estados Unidos, por ejemplo, se utiliza con frecuencia, principalmente en pacientes críticos, el Programa "APACHE II", desarrollado por la Universidad de George Washington en Washington, DC. Consiste en la utilización de 12 parámetros fisiológicos para clasificar el caso. Otros sistemas fueron producidos por compañías privadas y se basan en una revisión manual o por computadora del historial clínico y de los síntomas, signos, exámenes de laboratorio o radiológicos, y demás parámetros clínicamente detectables. También se diseñaron "mapas" con una secuencia de criterios clínicos, científicamente comprobados, para verificar, por ejemplo, si un médico ha acertado en hospitalizar a los pacientes con dolor precordial.

No cabe duda que hasta el momento no existe ningún método único o superior para evaluar la atención de salud en términos absolutos. Para evaluar la capacidad técnica, se utiliza el expediente; para la interacción entre el médico y el paciente o entre este y el hospital se emplea la observación directa o cuestionarios. Cada método puede aplicarse en una situación específica, pero no en todas.

La evaluación de la estructura siempre resulta más fácil, rápida y objetiva, bien sea de los suministros, el personal, las calificaciones o incluso los aspectos gerenciales. Cabe recordar que la estructura más perfecta no garantiza la calidad, ya que el mejor sistema logístico para el suministro del mejor bisturí no evita que se corte una arteria. La revisión de las con-

² Para explorar el tema de los registros médicos e historiales clínicos, consúltese la siguiente obra: Segarra MM, Solano AC, *Registros médicos y de salud: módulos de aprendizaje*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1991. (Serie PALTEX, No. 17). Esta publicación puede adquirirse en las representaciones de la OPS en las capitales de los países.

ductas, llamada “evaluación del proceso” de la atención médica, tiene por base la revisión de las informaciones contenidas en los expedientes o la observación directa de los procedimientos. Es preciso recordar, sin embargo, que un médico interno consagrado a su trabajo puede mantener un historial clínico minucioso, pero de este documento pueden omitirse importantes datos subjetivos relacionados con el contexto clínico global por no formar parte todavía de los criterios clínicos implícitos del interno. En la evaluación del proceso también se pueden analizar variables tales como el acceso de los pacientes al hospital, el grado de utilización de los servicios, y otros aspectos similares.

Por último, como la apreciación del efecto de la atención médica sobre la salud es la meta más importante, evaluar los resultados de la atención es el objetivo final de los programas de calidad. Esta meta, sin embargo, se dificulta siempre debido a las distintas respuestas individuales a las agresiones físicas y psicológicas durante el período de observación u hospitalización, corroboradas por la ausencia de patrones de calidad explícitos para cada situación. También son complejas las evaluaciones de los efectos que tiene la asistencia de salud en las comunidades.

Actualmente, estamos tratando de desarrollar una serie de indicadores que sirvan para “seguir” la calidad de la asistencia de salud en un sistema local, utilizando sucesos específicos, como en los siguientes ejemplos:

- La amputación de un pie diabético indica, cuando seguimos retrospectivamente la trayectoria del paciente, que no existe un programa de control de diabéticos en el centro de salud próximo a su vivienda.
- La atención de un caso de aborto provocado por una adolescente, en el servicio de emergencia del hospital, pone de relieve la falta de calidad de los programas de planificación familiar del vecindario.
- Una pulmonía grave en un niño hospitalizado indica que hay una falta de atención a las enfermedades respiratorias en los niveles primarios de asistencia del sistema local de salud.

Estos indicadores de los resultados actúan como señales de alerta para que las estructuras y procesos de los sistemas de salud vigentes sean mejorados y corregidos, sin necesidad de realizar análisis epidemiológicos largos y costosos en sistemas locales de salud o en distritos sanitarios particulares para detectar deficiencias en la calidad de la asistencia de salud que fueran susceptibles de corrección inmediata mediante nuevas propuestas de conductas clínicas o modificaciones gerenciales.

Así, pues, en el ámbito de la evaluación es necesario contestar ciertas preguntas básicas —para qué, por qué, cómo, y qué propósito se

cumple— antes de poner en marcha nuestros sistemas para garantizar la calidad. Cuando garantizamos algo, asumimos el compromiso no solamente de evaluar la calidad, sino de mantenerla permanentemente.

CALIDAD TOTAL O MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Los Estados Unidos de América tienen una tradición muy antigua de subrayar la calidad de la atención médica mediante intervenciones que, en algunas ocasiones, fueron sumamente radicales. En 1910, Abraham Flexner puso de manifiesto ante el país la pésima calidad de la formación médica y, en consecuencia, se cerraron 60 de las 155 facultades médicas durante el período previo a 1920 (3). En 1916, E.A. Codman, médico del estado de Massachusetts, estableció los principios de la importancia de la certificación del médico y de la acreditación de las instituciones. Estos se convirtieron en una realidad en 1918 con el establecimiento del Programa Nacional de Normatización Hospitalaria, mediante el cual solo se aprobaron 90 de un total de 692 hospitales (5).

En 1951 se creó la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, de índole privada, que en aquel momento trataba de introducir y subrayar en el contexto médico-hospitalario nacional conceptos sobre análisis retrospectivos de casos a través de las famosas auditorías médicas (1955). Progresivamente, esta “cultura de calidad” fue ocupando varios espacios académicos e institucionales en los Estados Unidos de América, obligando a las comunidades a presionar a los legisladores a aprobar leyes más complejas y a crear entidades particulares en cada estado para evaluar las cuentas pagadas por la seguridad social. Esto fue así hasta que, en 1986, la Comisión Conjunta lanzó un nuevo proyecto denominado *agenda for change* (en español, agenda para el cambio), cuya meta es desarrollar, hasta el año 2000, un proceso de monitoreo y evaluación de calidad orientado a los resultados clínicos, con énfasis en el desempeño institucional y en el equipo de salud, utilizando indicadores específicos identificados por sociedades científicas o grupos de expertos.

Para implantar este ambicioso programa en los Estados Unidos fue necesario superar una serie de etapas históricas anteriores que indudablemente contribuyeron al desarrollo actual. Ejemplos de estos nuevos indicadores puntuales de la calidad son, en anestesiología, la presencia de lesiones cerebrales o medulares postanestésicas o pulmonía por aspiración; en clínicas quirúrgicas, la infección de heridas postoperatorias y las úlceras de decúbito.³

³ Otros ejemplos numerosos de estos indicadores aparecen en la referencia 1.

Los objetivos de esta agenda son concentrar la evaluación en parámetros clínicos más comunes y más aptos a revelar fallas en la atención médica, bien sean la responsabilidad de la institución o de los profesionales. También se subrayan, en la evaluación clínica inicial, el uso inapropiado de exámenes diagnósticos y de modalidades inadecuadas de tratamiento y orientación después de dar de alta al paciente. Para que estos hospitales sean acreditados es indispensable monitorear continuamente estos aspectos, con el fin de mejorar la calidad total de la atención médica. Estos objetivos deben figurar en la planificación futura del hospital, en la asignación de los recursos, en la evaluación del desempeño y en la distribución de premios o incentivos. En estos programas ya no basta con describir las funciones de cada miembro de la junta directiva del hospital, sino que también se exige que estos directores demuestren, en la práctica, su lealtad a los principios de calidad propuestos.

Es evidente que los países latinoamericanos tienen un largo camino que recorrer en este sentido. Quizá debido a una tradición que se remonta a la época colonial, nuestra cultura se forjó con la falsa creencia de que la legislación autoritaria, desde el más alto al más bajo nivel, puede sustituir a una larga práctica social que debería preceder a las reglamentaciones gubernamentales. Si solo se tratase de decretos de ley, en América Latina no habría más casos de infección hospitalaria.

En la mayoría de los hospitales de los Estados Unidos ya se superaron estas etapas de evaluación de la estructura (rasgos físicos y organizacionales, cuadro de personal, manuales de rutinas, normas y procedimientos) y del proceso (historiales clínicos) y actualmente se coloca el énfasis en la identificación más exacta de los resultados mediante los indicadores clínicos o gerenciales ya mencionados. Cabe resaltar que las décadas de 1950 a 1980 en este país se caracterizan por una gran falta de participación médica en la gestión hospitalaria; varios aspectos de la administración de la salud dependían principalmente de la orientación de profesionales ajenos a la medicina, puesto que los médicos se sentían mucho más atraídos por los grandes beneficios que ofrecía la clínica individual privada. En fecha más reciente se vuelve a sentir la presencia de los médicos, tanto en la publicación de documentos administrativos como en la realización de seminarios sobre la evaluación de la calidad total.

En el Instituto del Corazón de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (INCOR), Brasil, ya hubo también en la década de 1970 una iniciativa orientada a implantar programas de calidad total que se perpetuaran hasta el presente. Por ahora nos concentraremos en las dos etapas preliminares de las iniciativas por mejorar la calidad de esa institución (6):

1) Se mejoró el equipo profesional, no solo médico sino también de enfermería, asistencia social, nutrición, fisioterapia, física médica, bioin-

geniería y farmacia-bioquímica y todos los demás miembros del gran conjunto de profesionales que trabajan en un hospital complejo.

2) Para cada actividad se identificaron los “agentes” y las “tareas” correspondientes. Si consideramos como ejemplo la simple aplicación de un medicamento (o su administración equivocada), advertimos que intervienen en este proceso diversos agentes, desde el médico que examina y receta hasta el farmacéutico que envía la dosis específica para determinado paciente a una hora en particular. Durante esta rutina operativa, pueden ocurrir fallas de procesamiento en cualquier punto, con consecuencias gravísimas para el paciente. Si recomendásemos a estos “agentes” que participen en el proceso que debatieran estas u otras rutinas en horas y días fijos, estaríamos constituyendo los llamados “grupos de calidad” o “círculos de calidad”.⁴

Deseamos subrayar que, en el ejemplo citado, la calidad no es un proceso pasivo vertical, sino más bien un proceso dinámico, ininterrumpido y exhaustivo, de identificación permanente de fallas en las rutinas y procedimientos. Dicho proceso debe ser periódicamente revisado, actualizado y difundido, con la participación entusiasta del personal de todo nivel, desde la más alta dirección hasta los funcionarios que se ocupan de las tareas más fundamentales. Un ayudante de enfermería que no esté comprometido a cumplir con los procedimientos de control de la infección tendrá tanta responsabilidad en la propagación de infecciones intrahospitalarias como la falta de pericia de un cirujano en la contaminación de una herida operatoria.

Como dijimos anteriormente, los mecanismos que sirven de incentivo para mantener la calidad de la asistencia de salud tienen raíces históricas más profundas en los Estados Unidos que en cualquier otro país europeo o asiático, debido en gran parte a la participación excepcional de la comunidad y a la presión ejercida por ella para conseguir servicios médicos mejores y más accesibles. Esto, a su vez, generó un proceso constante de establecimiento de instrumentos y métodos, incluso de índole jurídica, destinado a alcanzar mayores niveles de calidad.

La teoría de la mejora continua de la calidad tuvo su origen en el éxito de las experiencias de producción de las industrias japonesas —introducidas en los Estados Unidos por W. Edwards Deming y Joseph M. Jurán— cuya base es la comprensión y revisión de estos mismos pro-

⁴ Se puede obtener mayor información sobre numerosas rutinas operacionales y procedimientos intrahospitalarios en la siguiente obra: Organización Panamericana de la Salud, *Manual de organización y procedimientos hospitalarios*. Washington, DC: OPS; 1993. (Serie PALTEX, No. HOS02). Esta publicación puede adquirirse en las representaciones de la OPS en las capitales de los países.

cesos. Estas experiencias, utilizadas hace algunos años en el sector industrial, aportaron en fecha reciente importantes lecciones para el sector de la salud norteamericano (7).

Los principales criterios de la doctrina de Deming para la implantación de un proceso continuo de mejora de la calidad se enumeran a continuación (8).

- 1) Promover continuamente el propósito de mejorar el producto y el servicio;
- 2) Adoptar una nueva filosofía;
- 3) Abandonar la dependencia de las inspecciones para alcanzar la calidad;
- 4) No basar el valor de un producto en el precio exclusivamente;
- 5) Mejorar constantemente cada proceso de planificación, producción y servicio;
- 6) Implantar la capacitación en el servicio;
- 7) Instituir el liderazgo;
- 8) Eliminar el miedo;
- 9) Romper las barreras entre las áreas técnicas;
- 10) Eliminar frases hechas, exhortaciones y metas para los trabajadores;
- 11) Eliminar las cuotas numéricas para los trabajadores y las metas cuantitativas para la gerencia;
- 12) Eliminar las barreras que impiden que el personal sienta orgullo por el trabajo que realiza;
- 13) Instituir un vigoroso programa de educación y automejoramiento para todos;
- 14) Poner a todos los miembros de la empresa a trabajar por el logro de una transformación.

Todas las personas que trabajan en hospitales y en otros servicios de salud tienen enormes contribuciones que hacer, tanto en lo que respecta a su propio mejoramiento como a la satisfacción de las necesidades de las propias comunidades a las que sirven, ya que junto con sus respectivas familias reciben muy valiosa información sobre las demandas y respuestas de servicios a la población, así como sobre la competencia clínica de los servicios que ofrecen. Como ha informado Deming, los clientes más importantes de la institución son sus propios funcionarios, cuyas sugerencias deben ser objeto de profundas reflexiones para poder más tarde tomar decisiones pertinentes, reflejadas en la planificación estratégica de la organización. Por lo tanto, el órgano directivo (consejos, directorios, asociaciones de profesionales, etc.) y otros órganos de dirección deben estar atentos a aplicar sus conocimientos, habilidades o aptitudes, así como sus visiones del futuro, para incorporar estos aportes del personal del hospital y comprometer a la institución en su conjunto a mejorar continuamente la calidad.

La extrapolación de técnicas de garantía de calidad industrial para el sector de la salud siempre hace surgir el conflicto semántico entre la atención de salud y la salud propiamente dicha. El primer término se refiere a todos los mecanismos logísticos de la producción de la atención médica; el segundo, que trata de la "salud", tiene connotaciones mucho más amplias así como su propio control de la calidad. Como ha señalado Dever, factores como el estilo de vida, la genética y el medio ambiente son más importantes que la propia organización de los servicios de salud, pues las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares, los accidentes automovilísticos y los homicidios, para citar algunos ejemplos, tienen una relación más estrecha con los estilos de vida que los demás factores (9).

En un sentido menos amplio, de la misma forma que los pasajeros de un autobús quieren tener el mejor conductor y llegar al fin de la jornada sin sufrir un accidente, los enfermos también esperan recibir la mejor atención posible y volver a convivir en la comunidad, libres de se-cuelas, después del "viaje" por los servicios de salud. En estos procesos, donde intervienen tantas variables, es muy difícil abstenerse de hacer una comparación entre los éxitos alcanzados por el sector industrial a fines de este siglo y el incipiente proceso de evaluación de la calidad en la industria de los servicios de salud, actualmente patente en los hospitales de América Latina.

La calidad es un factor principal y una condición imprescindible para la supervivencia de una empresa, sobre todo en los mercados muy competitivos como los Estados Unidos. En este país el control de la "calidad total" es la herramienta indispensable y preliminar para alcanzar patrones ("normas") de calidad preestablecidos que aseguren la satisfacción de las demandas del cliente. Con este enfoque, en una industria la calidad no puede medirse solamente en términos de la cantidad de personal, máquinas y equipos, si sus propios miembros no están inmersos en una "cultura" de calidad. En otras palabras, los trabajadores en su totalidad deben estar profundamente comprometidos a cumplir las metas, políticas, objetivos y programas de su organización. De acuerdo con el enfoque de "calidad total", es indispensable que el trabajador se sienta orgulloso del producto que fabrica antes de que este se ofrezca a la venta en el mercado. De ahí que deba participar en la identificación y solución de todos los problemas que surgen en su servicio. Estos equipos de mejoramiento continuo son los mismos que se instituyeron en el INCOR, como citamos anteriormente, para poner en funcionamiento este gran hospital. Estos "grupos de participación", "círculos de calidad" o "círculos de servicio" solo son "agentes" que ejecutan tareas dentro de la cadena programada de producción hospitalaria.

La implantación de esta propuesta en América Latina está limitada por la ausencia de los "grupos" de debate de un actor principal: el médico, quien está sujeto siempre a distintas obligaciones profesionales y

que, como suele tener varios empleos, no puede permanecer en los servicios más de unas cuantas horas. Son infructuosas las tentativas de organizar grupos polifuncionales si no se hallan presentes uno o dos elementos básicos, a veces conflictivos. Otros aspectos que limitan el método son los sueldos bajos, la falta de motivación que resulta en un constante cambio de personal, y la presión de los sindicatos, casi siempre contraria a los dirigentes de la institución. Estas actividades multiprofesionales pueden debilitar las reivindicaciones corporativas aisladas. Las dificultades se deben también a las propias limitaciones de la ciencia médica, que carece de una definición exacta de los patrones de referencia en varias áreas, y a las deficiencias de los actuales sistemas de divulgación científica y de otros sistemas de información técnica.

No hay duda alguna de que cualquier cambio institucional relacionado con el comportamiento organizacional del empleado de un hospital, aplicando técnicas de dinámica de grupo, es válido y ha de ser ensayado. Su implantación solo tendrá valor, sin embargo, cuando existan un fuerte estímulo y una amplia participación de los órganos directivos más altos del hospital, así como una clara aceptación de las recomendaciones sugeridas y su incorporación en las rutinas del establecimiento. Esta propuesta, como todas las que se han hecho en torno al desarrollo organizacional en el pasado reciente, lamentablemente no se pueden aplicar de forma general a todas las organizaciones debido a barreras individuales o a la resistencia de la cultura institucional al trabajo en equipo.

Para implantar un programa de calidad total, es necesario que la institución se considere como un todo único; que la necesidad de cada servicio sea compartida por todos; que los equipos de personal estén suficientemente preparados para la gigantesca tarea, y que los indicadores de calidad de los sucesos más frecuentes, riesgosos o propensos a problemas se identifiquen de acuerdo con patrones de referencia.

Creemos que si se alcanzan algunos de los objetivos arriba indicados, el resultado natural será el mejoramiento de la calidad. Pero, de los 5 000 hospitales brasileños, ¿cuántos estarían preparados para hacer frente a este desafío? ¿Qué tanta motivación sería suficiente para motivarlos a revisar gran parte de sus procedimientos? ¿De qué serviría? ¿No sería mejor comenzar por procedimientos más simples y factibles, aplicables a la mayor parte de las instituciones públicas y privadas? Estas son preguntas cuyas respuestas se sitúan, en general, en el terreno de las reflexiones empíricas.

ACREDITACION DE LOS HOSPITALES EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Cerca de 70% de los hospitales de América Latina y el Caribe tienen menos de 70 camas. Si bien es cierto que existen grandes centros

médicos públicos y privados, comparables a los más avanzados de cualquier otro continente, un buen número de estos hospitales no podrían pasar la más mínima evaluación de garantía de calidad permanente. Dada esta situación, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), junto con la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLA), elaboró un modelo de acreditación hospitalaria, ampliamente debatido por los diversos países, apropiado para las características de la Región y lo suficientemente flexible para poder adaptarse a las pronunciadas diferencias entre una y otra subregión (1). Este modelo, que se presenta en el *Manual de acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe*,⁵ abarca todos los servicios de un hospital general para el tratamiento de casos agudos. Su redacción no tuvo por objetivo establecer paradigmas, sino proporcionar una guía para servir de ilustración a las comisiones nacionales multiinstitucionales a la hora de elaborar sus propios instrumentos de evaluación. Ya ha habido reuniones en los países de habla inglesa del Caribe, así como en Brasil, Bolivia, Colombia, Chile, Paraguay y Venezuela, y se han programado seminarios en los demás países y reuniones subregionales para el Cono Sur, la subregión andina, América Central y México. En 1993 se deberá celebrar, además, una conferencia para América Latina y el Caribe en la propia sede de la OPS.

Para cada servicio hospitalario se establecieron patrones: es decir, el nivel óptimo de atención, práctica o método, definido por peritos o asociaciones de profesionales. En cada situación, el patrón inicial representa el límite mínimo de calidad exigido. Se espera, por ejemplo, que en un plazo de tiempo determinado ningún hospital del país se sitúe por debajo de ese nivel. A medida que se alcanzan estos patrones iniciales, se pasa al patrón siguiente, como demuestran los ejemplos citados a continuación.

Historia clínica (HC) y archivo médico

Patrón de nivel 1:

Se les toma una HC a todas las personas atendidas en el establecimiento, tanto en el régimen ambulatorio como en el interno. La HC debe ser legible y estar firmada por el médico acompañante; además, debe tener un fin (epiéresis, resumen o diagnóstico de alta). Existen normas difundidas y conocidas sobre la elaboración de las HC. Más de 80% de una

⁵ Organización Panamericana de la Salud, *Manual de acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS; 1992. (Serie PALTEX, No. CAL01). Esta publicación puede adquirirse en las representaciones de la OPS en las capitales de los países. Su primera versión fue preparada por el doctor Hugo Arce de la Argentina.

muestra de HC de pacientes internados se actualizó el día antes de la evaluación.

Debe haber un local exclusivo para esta finalidad. El registro de la HC está organizado por entrada doble: por número de orden y por orden alfabético.

Explicación a los evaluadores: Se debe interrogar, en primera instancia, a la autoridad médica máxima del establecimiento y cumplir los siguientes pasos:

- 1) Averiguar si la HC se elabora en todos los casos;
- 2) Determinar cuáles son los diferentes lugares donde se archivan las HC;
- 3) Investigar el mecanismo administrativo de apertura de la HC y de entrega a los profesionales a petición de estos;
- 4) Verificar si se llevan HC de hospitalizaciones, consultas externas, personal de emergencias y principales servicios;
- 5) Determinar si están firmadas, si son legibles y si tienen seguimiento 20 de las últimas HC de hospitalizaciones registradas en el libro de altas. Preguntar a la autoridad médica si existen normas (patrones) y cómo se divulgaron o transmitieron al personal profesional. Verificar si ejemplares de estas normas están disponibles en las áreas de descanso de los médicos, puestos de enfermería, y otros lugares similares;
- 6) Interrogar a distintos profesionales en relación con su conocimiento de las normas.
- 7) Sacar una muestra representativa de las áreas de hospitalización, incluidas las de pacientes críticamente enfermos, y seleccionar de forma aleatoria al menos 20 HC en los establecimientos de más de 20 camas. Verificar si está registrada la evolución del paciente hasta el último día hábil antes de la evaluación en por lo menos 80% de las HC revisadas. Seguir el mismo procedimiento con las HC de archivo.

Hay uno o varios lugares donde están archivadas las HC y estos no son utilizados para ninguna otra actividad administrativa o de atención. Puede efectuarse una selección de las HC a partir del número de orden de apertura o por apellido y nombre del paciente, independientemente del modo en que estén ordenadas en los estantes (dígito terminal, número de orden u orden alfabético).

Patrón de nivel 2:

Se supervisan las HC.

Patrón de nivel 3:

Existe una HC única, tanto para atención ambulatoria como interna. Se registra el movimiento de la HC y se efectúa un seguimiento de ruta.

Explicación a los evaluadores: Verificar en las HC de atención ambulatoria del día si existen registros de hospitalizaciones anteriores y verificar en la misma muestra de HC citada en el nivel 1, si existen registros para la atención ambulatoria. Se entiende por HC única una concentración de todos los datos médicos en un solo sobre, fichero o contenedor.

Se registran todos los movimientos de las HC en cuadernos, fichas o cartones donde figuran los datos de salida, el personal responsable, el servicio y los datos de regreso. Si el HC ha de transferirse de un servicio a otro, está previsto el mecanismo para informar al archivo acerca del cambio de ruta o encaminamiento.

Patrón de nivel 4:

Existe personal exclusivo para este fin y hay acceso al archivo durante las 24 horas del día.

Explicación a los evaluadores: El archivo es atendido por personal que se dedica exclusivamente a este fin. Si durante el horario de trabajo este personal realiza otras tareas afines (relacionadas con estadísticas, otros registros, personal, etc.), se debe considerar personal exclusivo si está siempre disponible para atender las necesidades del archivo. Está prevista la atención del archivo las 24 horas del día, lo que puede comprobarse en el plan de distribución del personal responsable del servicio.

De acuerdo con el *Manual de acreditación*, cuando se alcanza la norma o patrón del nivel 1, el paso siguiente consiste en alcanzar los niveles 2 y 3, y así sucesivamente. Puesto que un hospital no está constituido por servicios independientes o aislados, es necesario, para lograr su acreditación y una reputación consiguiente con una atención médica de buena calidad, que todos los servicios, desde la lavandería y el servicio de personal hasta el centro quirúrgico y la unidad de terapia intensiva, hayan alcanzado por lo menos los estándares del nivel 1.

No se "acredita" un servicio aislado. Aun cuando una unidad del hospital está ya completamente montada y es de calidad excepcional, con niveles de perfeccionamiento 3 ó 4, para dar un ejemplo, la institución seguirá acreditada en el primer nivel, pues los otros servicios aún no han pasado de la escala 1. Esta metodología tiene por objetivo reforzar el hecho de que las estructuras y procesos del hospital están entrelazados de tal forma que el mal funcionamiento de un componente interfiere con todo el conjunto y con el resultado final. De esta manera, el hospital o está

acreditado o no lo está; no se establecen niveles de acreditación distintos para cada uno de los servicios.

La acreditación es un método de consenso, racionalización y ordenamiento aplicado a un hospital. El primer instrumento de evaluación técnica, explícita y objetiva de la calidad es el propio *Manual de acreditación* y el segundo, que es de gran importancia, es la Comisión de Acreditación, que deberá ser apolítica y de representación múltiple y realizar su tarea silenciosa y periódicamente. Cuando esta Comisión funciona bajo la tutela exclusiva del gobierno, sufre frecuentes distorsiones, debido a las numerosas presiones políticas a que se someten los gobernantes. En consecuencia los hospitales no se someten al proceso de acreditación, o no se toman las medidas correctivas aconsejadas por la Comisión de Acreditación. Principalmente en nuestro medio, es prácticamente imposible que una institución única se convierta en juez, jurado y promotor público al mismo tiempo.

Por otro lado, el sector privado latinoamericano, debido a toda su tradición cultural de dependencia del sector público, todavía necesitará apoyo estatal durante algunos años para el desarrollo de las acciones sociales, de las cuales la salud es un componente importante, y necesitará frecuentes subvenciones financieras para corregir las deficiencias de sus sistemas de atención médica, especialmente la de las poblaciones más necesitadas. Si estas comisiones funcionaran bajo la tutela exclusiva del sector privado, se perdería la fuerza de los incentivos que, en América Latina, son casi siempre de iniciativa gubernamental.

En las reuniones patrocinadas por la OPS en varios países observamos que las mejores recomendaciones para la composición de estas comisiones están siempre orientadas a:

- 1) La representación de los sectores públicos (en especial, el Ministerio de Salud y la seguridad social) y los sectores privados;
- 2) la participación de las asociaciones profesionales, y
- 3) la representación de los más distinguidos consejos o academias médicas del país.

Por otro lado, el debate del perfil de los evaluadores sugeridos en estas mismas reuniones se concentra en aquellos profesionales de indiscutible prestigio y experiencia, ya que se necesitarán individuos con estas características personales para formular recomendaciones pertinentes y asesorar a la mayoría en el funcionamiento de los hospitales. Esto se cumple mediante visitas, que pueden durar varios días, y debates internos posteriores para resolver los problemas detectados. La acreditación siempre es periódica y confidencial e implica fijar plazos para corregir las fallas encontradas. Su reglamentación puede establecerse por regiones, con el objetivo de lograr compatibilidad entre el desarrollo local y los criterios de evaluación.

Hemos visto anteriormente que los médicos con frecuencia utilizan criterios explícitos y subjetivos para determinar la calidad de la atención médica. Por otro lado, para garantizar la calidad cada hospital debe formular localmente sus propios criterios explícitos, previamente establecidos con precisión por sus propias autoridades médicas, de enfermería o de salud. Deben proponerse, por ejemplo, criterios explícitos para la realización de determinados exámenes antes de una intervención quirúrgica; para confirmar el diagnóstico de infección estreptocócica mediante un cultivo microbiológico; para entregar los resultados de una gasimetría dentro del plazo mínimo aceptable. Estos criterios explícitos facilitan la evaluación realizada por el personal no médico y simplifican los procedimientos posteriores de acreditación.

CONCLUSIONES

El establecimiento de programas de acreditación como enfoque inicial para implantar y garantizar la calidad de los servicios contribuye a un cambio progresivo y planificado de los hábitos hospitalarios. Su fin es crear en los profesionales de todos los niveles y servicios un nuevo estímulo para evaluar las debilidades y méritos de la institución, establecer metas claras y fomentar constantemente el logro de los objetivos con el fin de garantizar la calidad de la atención médica.

Durante la evaluación para la acreditación y antes y después de ella, los proveedores de los servicios van planteando intereses paulatinamente para identificar y distinguir las discrepancias existentes entre las prácticas y patrones de calidad aceptables. Así se van encontrando los medios para corregir o reducir las deficiencias sin que haya temor a denunciar fallas, dado el prestigio institucional que adquiere quien apunta más problemas y presenta soluciones pertinentes.

Deberán identificarse nuevos canales de comunicación y promoverse los cambios necesarios, superando la resistencia contra la adopción de patrones de calidad compatibles con los sistemas de valores de la comunidad hospitalaria y del contexto social y apoyados en sólidos mecanismos de incentivos para los equipos que proveen los distintos servicios y no para proveedores aislados. En este proceso, es fundamental el compromiso del cuerpo de enfermeros y enfermeras con un programa de calidad, ya que, de todos los individuos que trabajan en los hospitales, estos forman el único grupo profesional que está presente permanentemente y familiarizado, durante y después de la formación académica, con temas gerenciales y de auditoría clínica y con habilidades singulares que le permiten actuar de asesores en la implantación y monitoreo de todo el proceso.

Durante la revisión de las propuestas de cambio, los hospitales no deben perder de vista que están insertos en un contexto social donde siempre existen otros servicios de salud y que por más recursos humanos y materiales que se inviertan en mejorar la calidad, gran parte de los problemas no dependen de los éxitos alcanzados en la institución. Siempre es beneficioso recordar que en América Latina de 50 a 70% de los servicios de atención médica en las emergencias de los hospitales corresponden a casos de atención primaria. Estos sobrecargan los servicios, desorganizan la asistencia y podrían ser atendidos con gran éxito, esmero y calidad en los puestos y centros de salud o en policlínicos razonablemente equipados en el área de captación del hospital y pertenecientes al mismo sistema de salud local o a los SILOS (distritos sanitarios).

Las inversiones de recursos en estos niveles primarios no son humanitarias propiamente, sino que buscan la supervivencia funcional del hospital como organización médica de gran reputación. Los recursos invertidos en diagnosticar y tratar casos que podrían ser atendidos por la red ambulatoria local quitan un aporte económico importante a los hospitales que dejan de atender estos trastornos más simples. Lo más grave es que en estos mismos hospitales la atención médica de estos casos no tiene la calidad debida, pues casi siempre la presión de la demanda obliga al personal de atención a concentrarse en la queja principal del paciente, sin subrayar aspectos importantes de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades, actividades que se realizan con mucha mayor eficiencia en los puestos o centros de salud.

Para implantar un programa de garantía de la calidad, el hospital ha de estar sometido permanentemente al escrutinio gerencial y debe redistribuir los recursos según las prioridades contingentes de los servicios, manteniendo un equilibrio constante entre los objetivos a corto y largo plazo. Los nuevos programas desarrollados como consecuencia del énfasis en la calidad contribuyen a la renovación de ideas y a la sustitución de antiguos conceptos o hábitos. Aquellos gerentes hospitalarios que sepan aprovechar este estímulo, introducirán nuevos conceptos sobre la misión social de la organización de brindar excelentes servicios en que la responsabilidad, en vez de ser individual, es más bien de toda la "familia" hospitalaria. El establecimiento de objetivos exactos medibles a corto y largo plazo y su continua vigilancia orientarán los planes para la acción, la estrategia de organización y la implantación de programas. Durante esta percepción futura y estratégica de la misión del hospital surgirá, naturalmente, la necesidad de interpretar todos los aspectos de la sociología de la atención médica, analizando el ambiente externo del hospital, la facilidad de acceso de los pacientes a la institución y la adecuación del hospital a las demandas de la comunidad.

Como destacamos al comienzo de este trabajo, se alcanzarán pocos éxitos si no hay una participación clara del órgano directivo del hospital que se refleje no solamente en las recomendaciones escritas, sino en el ejemplo de las actitudes. Los directores de los hospitales de América Latina que aspiren a iniciar un movimiento para mejorar la calidad permaneciendo en el hospital un par de horas solamente estarán condenados al fracaso.

Finalmente, jamás se podrá implantar un programa de calidad si el personal clínico no está calificado. Es probable que los aspectos de la formación, certificación y recertificación de los profesionales médicos en América Latina sean quizás el mayor desafío del sector de la salud en el próximo siglo. La contratación, promoción, evaluación y retención del personal de los hospitales, y en especial los conocimientos y destrezas del personal clínico, son parte inherente de los programas de calidad de la Región. Es intolerable continuar aceptando pasivamente las condiciones de la enseñanza médica en facultades de medicina que no disponen de servicios adecuados para el adiestramiento y que tienen residencias médicas sin orientación, preceptoría o leyes que permitan evaluar periódicamente la práctica de la medicina.

Los Estados Unidos son, sin duda, el país más avanzado en lo que respecta al control de la atención médico-hospitalaria. Cuentan con mecanismos diversos de evaluación y tienen más de 5 000 hospitales acreditados por rigurosos patrones de calidad de la estructura, de los procesos y de los resultados. Todos estos instrumentos no impidieron, empero, que su industria de salud fuese el blanco de acciones judiciales. A pesar de que los principales paradigmas mundiales sobre la formación médica y la calidad de la atención se encuentran en este país, los costos de estos programas se harán prohibitivos. Ya sea por falta de pericia o negligencia, las acciones legales contra los médicos y los hospitales distorsionan todo el sistema de evaluación de la calidad y hacen que gran parte de la atención médica de este país adquiera un carácter eminentemente defensivo, creando brechas entre los profesionales y los pacientes o, como en el caso de los hospitales, obligándoles a recurrir a verdaderos "habeas corpus" preventivos para defenderse de acciones eventuales de indemnización.

En los Estados Unidos las comisiones hospitalarias de gestión del riesgo (en inglés, *risk management*) son casi oficinas de abogacía preventiva cuyo principal propósito es proteger el patrimonio financiero del hospital mediante la prevención de percances. Esta situación hace que se pierda de vista el objetivo principal del análisis de la calidad, que es la observación del efecto de la atención en la salud de la población.

Si no se implantan con urgencia en América Latina mecanismos de control de la calidad de la atención prestada en los hospitales y de la calidad de la formación médica, la cual debe incluir su instrucción continua, encontraremos en un futuro no muy distante las mismas situaciones que

tanto distorsionan la calidad de la atención médica en los Estados Unidos. Estas situaciones podrían también convertirse en una realidad de nuestro entorno, tan vulnerable a las acciones legales, bien sea por negligencia de los hospitales o por falta de pericia médica.

Esto deberá evitarse a cualquier precio, mucho antes de que la falta de control de la calidad favorezca, no la implantación de mecanismos de autoevaluación o el control externo por las comisiones de acreditación, sino por fuerzas económicas ajenas al sistema.

REFERENCIAS

- 1 Novaes HM. Garantía de qualidade em Hospitais da América Latina e do Caribe. En: Novaes HM, Paganini JM. *Manual de acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992. (Serie PALTEX, No. CAL01).
- 2 Burmeister H. Experiencias da Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina. Ponencia presentada en el seminario sobre "Acreditación de los Servicios de Salud como Instrumento de Control de la Calidad", Brasilia, Brasil, abril de 1992.
- 3 Novaes HM. Ações integradas nos sistemas locais de saúde (SILOS): análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina. São Paulo: Ed. Livraria Pioneira e Editora; 1990.
- 4 Vladeck BC. Quality assurance through external controls. En: Graham NO. *Quality assurance in hospitals*. Rockville, Maryland: Aspen; 1990.
- 5 Graham NO. Historical perspective and regulation regarding quality assessment. En: Graham NO. *Quality assurance in hospitals*. Rockville, Maryland: Aspen; 1990.
- 6 Novaes HM. Organização Funcional do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas de Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1976. (Documento inédito).
- 7 Berwick DM. Caja de resonancia: el mejoramiento continuo como ideal en la atención de la salud. En: Novaes HM, Paganini JM. *Manual de acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992. (Serie PALTEX, No. CAL01).
- 8 Neuhauser D. The quality of medical care and the 14 points of Edwards Deming. En: Kovner A, Neuhauser D. *Health services management*. Ann Harbor, Michigan: Health Administration Press; 1990.
- 9 Dever GEA. *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1991. (Serie PALTEX).

LLA EVALUACION EN LAS RESIDENCIAS MEDICAS MUNICIPALES: CLINICA PEDIATRICA DEL HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE

Nora M. Blaistein

INTRODUCCION

El objeto del presente trabajo es analizar una experiencia de intervención pedagógica en el ámbito de la educación médica de posgrado. Dicha experiencia tuvo como propósito originario diseñar e implantar un sistema de evaluación para la residencia en clínica pediátrica del Hospital de Niños Pedro de Elizalde, perteneciente a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, y su duración fue de casi cuatro años, desde 1987 hasta comienzos de 1990.

Para tales fines hizo falta ir más allá de un abordaje técnico-didáctico, ya que debido al rechazo y a la resistencia provocados por la evaluación diagnosticada en el ámbito hospitalario, fue menester incluir el análisis de la cultura institucional de la residencia con vistas a su modificación. Este doble abordaje del problema fue precisamente un desafío para el grupo de trabajo, como también lo fue la integración de una pedagoga a un grupo formado exclusivamente por médicos.

ANTECEDENTES¹

Residencia en clínica pediátrica del Hospital Pedro de Elizalde

El Hospital Pedro de Elizalde (llamado previamente Casa Cuna) es uno de los tres hospitales pediátricos de alta complejidad del área me-

¹ Este trabajo fue escrito en 1990, por lo que su contenido descriptivo corresponde a ese año. Es probable que en el momento de esta publicación algunos aspectos particulares se hayan modificado, pero en términos generales la residencia y el hospital permanecen iguales.

tropolitana y está ubicado al sur de la Capital Federal. Fue un hogar para niños expósitos hasta su transformación en hospital pediátrico a principios de este siglo. A partir de ese punto, se empezaron a incorporar todas las especialidades relacionadas con la atención del niño, tanto clínicas como quirúrgicas.

Situados en una estructura edilicia vetusta, algunos pabellones cuentan con más de un siglo. En ellos se albergan cinco salas mal tenidas de clínica general, dos de clínica quirúrgica, dos de enfermedades infecciosas, una de terapia intensiva neonatal, una de terapia intensiva pediátrica y otra para pacientes inmunosuprimidos. Esto constituye un total de 316 camas con un porcentaje de ocupación de 64,8, un promedio de permanencia de 8,8 días y una rotación anual por cama de 26,8.

La consulta externa y el servicio de urgencia atienden alrededor de 350 000 consultas al año, las cuales proceden en su mayor parte de la población de bajos recursos del conurbano bonaerense y también del interior del país. La atención médica del niño está en manos del cuerpo profesional de planta, cuya dedicación es parcial, y de los médicos residentes, cuya dedicación es exclusiva.

El hospital forma parte del complejo y conflictivo sistema de salud municipal. Ha sido particularmente afectado en los últimos años por la amenaza de cierre ante la apertura del Hospital Nacional de Pediatría, situado a pocas cuadras de distancia, así como por la emigración de muchos de sus mejores profesionales y algunos de sus servicios a ese nuevo hospital y por la disminución del presupuesto asignado. El "vaciamiento" del hospital parece ser, por consiguiente, la clave explicativa de estos fenómenos.

La residencia en que se desarrolla la experiencia descrita en este artículo es la de clínica pediátrica del mencionado hospital. Dicha residencia forma parte del sistema municipal de residencias, que depende de la Dirección de Capacitación Profesional y Técnica de la Secretaría de Salud (DCPT) (Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires) y de la dirección del hospital a través del Comité de Docencia e Investigación.

Según la norma vigente, los responsables directos de esta residencia son la Subcomisión de Residencias de dicho Comité y el Coordinador de Programas de Clínica Pediátrica. La Subcomisión está integrada por representantes del plantel médico y de los residentes, en tanto que el Coordinador debe ser miembro del personal de planta.

La residencia en sí está integrada por los residentes (R1 a R4), Jefes de Residentes (JR) e Instructores de Residentes (I), que son contratados por la DCPT, o sea que en sentido organizacional no pertenecen al hospital sino al sistema de residencias municipales. Esta doble afiliación crea importantes conflictos, fundamentalmente en lo que respecta al ejercicio y reconocimiento de la autoridad.

Los miembros de la residencia se distribuyen generalmente del siguiente modo: 25 R1, 25 R2, 25 R3, 15 R4, 6 JR y 8 I. A ellos se agregan,

además, los becarios extranjeros adscritos al régimen de residencia, cuyo número aproximado en cada uno de los tres primeros años es de 25. Todos concurren al hospital de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas, y los R1 a R4 tienen también por lo menos una guardia semanal.

Lo planteado hasta ahora constituye la descripción formal del programa de residencia, pero no siempre hay coincidencia entre la organización formal e informal. En esta residencia la mayor parte de las decisiones relacionadas con su programación y funcionamiento son tomadas por los JR e I. La injerencia de la Subcomisión y del Coordinador es mínima y en general se reserva para cuestiones especiales o de gravedad.

El programa que orienta esta residencia está elaborado por objetivos y ha sido confeccionado por un grupo de I del hospital. Se basa en el programa propuesto por la DCPT y se desarrolla en tres años organizados en rotaciones cuatrimestrales. *A grosso modo* y como ejemplo, en el cuadro 1 se presenta el esquema de rotación de 1990.

La orientación que se intenta lograr es que el 50% del programa sea de atención ambulatoria y el 50% restante de atención intrahospitalaria. El plan de actividades del R en el hospital incluye pases de guardia, pases de sala, actividades docentes centrales y actividades docentes por lugar de rotación, atención de pacientes y, en algunas rotaciones, pases, ateneos y clases con el personal de planta.

Durante la mañana, los R comparten el entorno físico con el personal médico del hospital, pero no puede decirse lo mismo con respecto a las tareas, en que ambos interactúan en distinta medida según el lugar. En todo caso, el tiempo compartido nunca supera el 25% del tiempo total. La relación entre el personal médico y los R se podría calificar de distante, ya que se caracteriza por mutuo rechazo o indiferencia.

Por la tarde, la situación dentro del hospital cambia. La actividad disminuye sustancialmente, de manera que permanecen solo los médicos de guardia y los R. Este fenómeno da lugar a la percepción de que coexisten tres hospitales —el del personal médico, el de la residencia y el de los

CUADRO 1. Esquema de rotación de residentes por cuatrimestres. Hospital Pedro de Elizalde, Buenos Aires, Argentina, 1990.

| Año | Cuatrimestre | | |
|-----------------|-------------------|-----------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| R1 | Sala de clínica | Sala de clínica | Consulta externa |
| R2 | Neonatología | Centro de salud | Sala de clínica |
| R3 ^a | Rotación optativa | TI o sala | Consulta externa |

^aExiste un cuarto año optativo que se desarrolla en atención ambulatoria. A partir de junio de 1990, sin embargo, el cuarto año sería obligatorio, por lo que hubo que replantear el programa y el esquema de rotaciones.

médicos de guardia— con pocos puntos de contacto entre sí. Debido a esta particularidad y a los aspectos antes mencionados, esta residencia consiste en un sistema cerrado de autoformación.²

La evaluación en la residencia

El conocimiento pedagógico afirma que el modelo de evaluación que se utilice caracteriza al proyecto pedagógico, marcando y condicionando el sistema en su totalidad. Paradójicamente, lo que marca y condiciona el sistema de residencias municipales es la falta casi total de evaluación.³ Pese a que en la norma vigente⁴ se prescriben diversas instancias, estas no se cumplen. No hay una evaluación oficial del sistema, y donde sí se evalúa a los R, los instrumentos aplicados son poco confiables y carecen de validez. Tampoco se tienen en cuenta los resultados para tomar decisiones importantes.

La evaluación del R nunca se realiza seriamente con fines de certificación. Tampoco está sistematizada la supervisión formativa del desempeño del mismo.⁵ Una vez que el R ingresa al sistema, tiene casi garantizada su permanencia en él y el consiguiente "Certificado de Residencia Completa". Hay poquísimos casos de R no promovidos. ¿Será que el sistema de selección para el ingreso no tiene fallas, que la formación que brinda es tan eficaz que todos los R resultan bien capacitados, o más bien que al no haber pruebas de la calidad del desempeño del R, no queda otra alternativa que la promoción? De ser cierto esto último, implicaría una gran irresponsabilidad con importantes consecuencias para la salud de la población.

Un argumento que se escucha habitualmente entre los médicos para justificar la falta de evaluación es que las residencias municipales no conceden ni habilitación profesional ni título de especialista y que, en todo caso, es mucho más alarmante el médico que no tuvo ninguna formación de posgrado y que posee la misma habilitación legal que aquel. Aunque esto es innegable, no justifica el no preocuparse por la calidad de la resi-

² La caracterización de la residencia como sistema cerrado de autoformación se puede extender a muchas de las residencias municipales. Así lo confirman algunos estudios de casos realizados en las residencias de clínica médica: Carrió S. *La construcción de la relación médico-paciente en la residencia*; Malamud I. *Los procesos de capacitación en la residencia de clínica médica*; y Maggiani A, Rodríguez P. *La supervisión en las residencias médicas*.

³ A partir de 1990 se instauró en el municipio un examen final anual para promover a los R de un año a otro. La "batalla" que significó, en todos los niveles, implantar este examen es un ejemplo más del rechazo a la evaluación.

⁴ Ordenanza municipal 40.997/85 y su reglamentación.

⁵ Dos estudios realizados en residencias de clínica médica comparten este concepto. Maggiani y Rodríguez (ver nota al pie número 2) señalan que la supervisión se concentra en el R1 y afirman que "... en tanto ascendemos dentro de esta línea formal de autoridad y responsabilidad, los procesos de supervisión y evaluación de los R se han debilitado paulatinamente hasta volverse prácticamente inexistentes".

dencia. De hecho, aunque esta no otorgue ninguna habilitación legal, cuenta con el respeto de la comunidad profesional y de la sociedad en general, que tiende a considerarla el mejor sistema de formación de posgrado y a conceder un lugar privilegiado a sus egresados. En los cursos de ingreso a la carrera municipal de profesionales de la salud, la residencia completa abarca un 40% del puntaje del rubro de antecedentes, que a su vez representa el 50% del puntaje total. A ese 40% no puede llegarse por ningún otro medio que no sea la residencia.⁶

No obstante, otorgar un certificado al que egresa sin comprobar su competencia no es la única falta de responsabilidad relacionada con la ausencia de evaluación. Tan alarmante como ello es la falta de supervisión continua y sistemática del R cuando brinda atención médica, ya sea con fines de control o de orientación.

Es indiscutible que la falta de control de calidad del servicio prestado es un mal que aqueja a casi todo el sistema de salud y que en otros casos, como el de la concurrencia, puede ser peor. Lo que queremos recalcar, sin embargo, es que la residencia, como parte del sistema, no está libre de esta deficiencia. Si se considera que la mayoría de las personas que asisten al hospital público son socialmente marginadas y que por lo tanto sus posibilidades de defenderse de la mala práctica y de elegir otro tipo de atención son casi inexistentes, en la falta de control se esconde la siguiente suposición: que existen ciudadanos de segunda clase para los cuales la salud no es un derecho, sino una dádiva.

Lo anterior no significa, por supuesto, que no haya ningún hospital donde se lleve a cabo un control. Nuestro argumento es, básicamente, que al no estar prevista y sistematizada una buena supervisión, esta queda supeditada a las iniciativas personales. Esta afirmación se basa en el concepto de supervisión como control. Si se mira, en cambio, desde el punto de vista de retroalimentación y orientación para el R, la supervisión cumple la importante función de ayudar a localizar y corregir los errores de la práctica y a reforzar los aciertos (1, 2). Si esto no se cumple, se produce una pérdida significativa en la formación del R.

Si la residencia ha de considerarse un sistema, surge la duda de si la valoración positiva a la que hacíamos referencia anteriormente responde a una realidad actual o a una visión del pasado. Esta duda queda sin respuesta, pues no existe información confiable acerca de sus aciertos, sus posibilidades y sus déficits. De ahí que la mayor parte de los cambios o aspectos permanentes del sistema se apoyen más en opiniones que en fundamentos sólidos vinculados con la realidad.

En muchos casos se han señalado claros y valiosos objetivos para justificar modificaciones que no han servido en absoluto al logro de los

⁶ Carrera municipal de profesionales de salud, ordenanza No. 41.085 y su modificación, la ordenanza No. 41.378.

mismos. Esto se debe a que, al no haber información confiable sobre el sistema que permita no solo conocerlo cabalmente sino también comprenderlo, las estrategias que se adoptaron para conseguir los fines deseados fueron inadecuadas. Nos estamos refiriendo tanto a las modificaciones del sistema de residencia en general como a aquellas que se realizan en cualquier residencia en particular.

En el momento de formarse este grupo de trabajo, la situación de la evaluación en la residencia del Hospital Pedro de Elizalde no difería de la descrita. No había ningún tipo de evaluación de la residencia. En el caso de los R, se completaba, en ocasiones, una ficha donde se calificaban actitudes o conductas personales (puntualidad, responsabilidad, y otras características), así como algunas tareas (confección de historias clínicas, elaboración de plan de estudios, y otras). La mayoría de los R eran calificados con los puntajes más altos de la escala en uso⁷.

PROPOSITOS

Teniendo en cuenta la realidad descrita, se decidió que la intervención tendría dos objetivos fundamentales:

- 1) Lograr un cambio en el concepto de evaluación que se tiene actualmente en la residencia, orientándolo a su valoración como instrumento para mejorar el sistema y el aprendizaje, y tomando conciencia de que la evaluación es necesaria para garantizar la calidad del servicio prestado por los R a la población durante su formación y la calidad de los egresados. Dicho cambio debería manifestarse en la institución de algún sistema formal de evaluación.

Del anterior se deriva un segundo objetivo:

- 2) Diseñar e implementar un sistema de evaluación para la residencia.

MARCO DE REFERENCIA

Problemática de la evaluación en las residencias municipales

Existe un consenso respecto a la necesidad de evaluar la residencia como sistema de formación y a los R como profesionales. Ninguna teoría puede negar que, en el campo de la salud, es una responsabilidad

⁷ Se puede afirmar que esta es la práctica habitual de evaluación en la mayor parte de las residencias, tanto en lo que respecta al tipo de instrumento como al método de calificación.

social evaluar al profesional que se forma y que, ya que el costo de esta formación corre por cuenta del Estado, resulta imprescindible evaluar, al menos, la eficacia de dicho sistema de formación. Sin embargo, en los hospitales municipales esto constituye —según la clasificación de M.T. Sirvent (3)— una necesidad objetiva más que subjetiva, es decir que está sustentada teóricamente pero que los implicados en el sistema, ya sea en el nivel del poder político o directivo o de la propia residencia, no perciben la evaluación como verdadera necesidad real. Más bien, sienten un rechazo abierto y encubierto por ella.

Lo antedicho plantea una situación paradójica en que coexisten dos nociones muy arraigadas y contradictorias: la invocación a un control estatal que al mismo tiempo se rechaza. Esto podría entenderse como una prueba que pone de manifiesto una vez más la conflictiva relación entre el Estado y la sociedad en América Latina, donde los aparatos tradicionales del primero se revelan insuficientes e inadecuados como contralores de la segunda. Esta debilidad de lo estatal permite la proliferación de “excepciones sectoriales” o privilegios que se definen como derechos adquiridos, sustentados en la costumbre, y que en muchas ocasiones sirven para justificar los diversos microdespotismos tan frecuentes en nuestra sociedad (4–7). Además de otras causas de tipo político-social que podrían explicar la ausencia de controles —y la evaluación funciona como tal— se pueden mencionar las culturales, institucionales y psicológicas que, al menos en parte, dan cuenta del rechazo que origina cualquier situación de evaluación.

Quizás sea conveniente recordar que el contexto de esta reflexión es pedagógico y didáctico, ya que está orientado al desarrollo de un sistema de evaluación para una actividad de formación, como es la residencia. Sabemos que fuera de este contexto, otras disciplinas pueden brindar algunos elementos que faciliten la comprensión del fenómeno. Sin hacer caso omiso de ellos, nos centramos en la perspectiva antes mencionada.

Históricamente, la evaluación surge en la Edad Media con un carácter netamente selectivo —como rito de control de entrada a un gremio— que se ha mantenido y reforzado en la actualidad. La evaluación fue, y sigue siendo, un elemento de control compatible con una pedagogía autoritaria.

Resulta evidente que la idea que se forja psicológicamente el sujeto, durante su historia educativa, de las consecuencias institucionales y sociales de la evaluación justifica cualquier rechazo posterior (8). En la mente del alumno, la evaluación se convierte en un factor que produce ansiedad y que dificulta el aprendizaje en una institución. Asimismo, se convierte en una importante arma de poder de la que a menudo se abusa y que genera, indefectiblemente, situaciones de conflicto.

Todo sujeto que haya pasado por el sistema educativo ha sufrido las injusticias que conlleva la aplicación arbitraria de la evaluación como

control y selección allí donde debería ser fuente de retroalimentación para el sujeto y la institución. De ahí nace su rechazo generalizado, que no permite discriminar en qué casos y para qué funciones resultaría beneficiosa. No se acepta que haya una necesidad de control en la residencia. Más bien, se le rechaza por lo antedicho. Tampoco se percibe que la evaluación ayudaría a mejorar el sistema y el aprendizaje, puesto que no se han tenido experiencias en las que esto sucediera.

La resistencia es aun mayor en el caso de la residencia por tratarse de adultos profesionales y por no existir antecedentes para la evaluación de la misma.⁸ Ejemplos extremos y explícitos de esta resistencia se observaron en algunos hospitales, donde las evaluaciones que se intentaron no pudieron concretarse porque los residentes se negaron a ser evaluados y las autoridades mostraron una absoluta indiferencia frente al hecho.

Fundamentos didácticos y pedagógicos del modelo propuesto

Partiendo de la ya tradicional definición de evaluación (9, 10), en que esta se concibe como el proceso de obtener información útil para la toma de decisiones, nuestra intención es llegar a un sistema que amplíe lo que usualmente se ha considerado "información útil", así como el campo de las decisiones posibles.

En general, se ha calificado de útil toda información cuantificable que permita elaborar un programa o sistema eficaz, para lo cual se requieren datos sobre el contexto y los medios y estrategias adecuados (evaluación diagnóstica). También es necesario, durante su implementación, hacer las correcciones necesarias para lograr los objetivos propuestos (evaluación formativa) y determinar el valor del programa (evaluación sumativa). Los objetivos sirven de criterio para determinar este último, de lo que se infiere que el principio que orienta todo el planteamiento es la eficiencia.

Nadie discute que la eficiencia sea un aspecto imprescindible en un sistema que se propone formar profesionales de la salud, y de ahí que esté incluida en nuestra propuesta. No obstante, la eficiencia no puede ser un valor en sí misma, sino más bien un elemento al servicio de los objetivos trazados.

Este es uno de los sentidos en que pretendemos ampliar el campo de la toma de decisiones, considerando posibles aquellas decisiones rela-

⁸ Esta falta de tradición en materia de evaluación se puede extender a la profesión médica en general. En nuestro país no hay examen de matriculación, y esta se obtiene junto con el título de médico. Tampoco es necesario en todas las especialidades someterse a algún tipo de evaluación para conseguir el título de especialista, que en general se adquiere solo con la certificación de concurrencia a un servicio de la especialidad en cuestión durante determinado período. Tampoco existe evaluación alguna para la recertificación, ya que los títulos son vigentes de por vida.

cionadas con la orientación dada por los objetivos. Por otra parte, no estimamos que los objetivos sean el criterio último para valorar toda la información. Se considerará valioso todo lo que permita conocer, comprender y juzgar el sistema y sus procesos y resultados, así como analizar los elementos que determinan esos resultados (11). Según este modelo, la evaluación se considera un elemento interno e imbricado en el propio sistema, al cual permite afianzar y reformar dentro de un proceso de investigación y acción (8).

Sobre la base de todo lo antedicho, el sistema de evaluación deberá ser integral, diverso, continuo, sistemático y flexible. A continuación se explica cada uno de estos términos:

Integral — capaz de tener en cuenta todos los efectos del sistema de residencia, estén o no previstos, desde los logros del aprendizaje individual y su efecto en la salud de la población, hasta todos los factores que los determinan y sus interacciones.

Diverso — basado en diversas técnicas y procedimientos más allá de la obtención de datos cuantificables, dada la variedad de fuentes de datos posibles y de resultados y factores que se pueden detectar. “La idea de una evaluación exhaustiva no es compatible, hoy por hoy, con la búsqueda de datos de evaluación totalmente precisos, fiables y cuantificables. Es laudable pretender cuotas cada vez más altas en dicha objetividad, pero eso no es todo” (8).

Continuo — capaz de proveer, como cualquier mecanismo de retroalimentación dentro de un sistema, información de forma permanente sobre la base de un monitoreo, puesto que la función del sistema no se limita a producir juicios finales. De este modo las decisiones se pueden tomar en el momento adecuado.

Sistemático — basado en la planificación cuidadosa de los elementos que se deben evaluar, prestando atención a los momentos y a la forma en que ello se debe hacer. Dada la importancia de las funciones que debe cumplir, la evaluación no puede quedar librada al azar, ni tampoco pueden ser azarosos su aparición y procedimientos.

Flexible — capaz de permitir las modificaciones, permanentes o transitorias, que se crea conveniente realizar y de aprovechar situaciones, momentos o hechos no previstos en el diseño original. La sistematicidad no debe implicar rigidez.

Estas características generales no surgen de la mera aplicación de un modelo teórico. Fueron seleccionadas en contra de la práctica prevaletante de evaluar unos pocos resultados, con un solo instrumento sin continuidad y con escasa planificación.

Describimos hasta aquí los elementos que definen el modelo de evaluación al que aspiramos y nos orientamos. Todavía falta mucho para

que el sistema que hemos diseñado, que se presenta en un próximo apartado, cubra todas las características y funciones mencionadas, pero hemos intentado, al menos, ser consecuentes con él.

METODOLOGIA DE TRABAJO

Para lograr los objetivos propuestos se seleccionó una estrategia general con las siguientes características:

- La intervención pedagógica se haría dentro del sistema, o sea, que el cambio se gestaría desde la propia residencia y no sería impuesto desde afuera. Esto llevó a que la pedagoga se integrara a la misma y dejara de funcionar como agente externo.
- Para el diseño del sistema se empleó la modalidad participativa, orientada hacia la autogestión. Para esto se aprovechó la existencia de un grupo ya conformado de JR e I que estaba elaborando el programa de esta residencia por objetivos y que se transformó en el núcleo motor originario del proyecto.

Estas dos decisiones se tomaron con el objeto de contrarrestar la asociación entre la evaluación y el autoritarismo. En cuanto a la implementación del sistema de evaluación, se determinó que la incorporación de sus funciones se realizaría gradualmente. En una primera etapa se introducirían las actividades diagnósticas y formativas, dejándose las de promoción y certificación para una etapa posterior. Esto se basó en la necesidad de proveer experiencias de evaluación positivas, alejadas de las funciones tradicionales, que demostrasen la utilidad de una evaluación y que generasen una mejor predisposición hacia la misma.

Como mencionamos anteriormente, si parte del rechazo a la evaluación se debe a las malas experiencias relacionadas con ella que sufren las personas en el trascurso de su historia educativa, se comprenderá la necesidad de estructurar experiencias nuevas, en el nivel personal e institucional, que sirvan como punto de referencia positivo para hacer contrapeso a las pasadas. Esto lleva el planteamiento de una metodología particular para lograr el objetivo relacionado con el cambio cultural, que consiste en la reflexión colectiva sobre el tema. No basta con tener la experiencia: es necesario comprenderla y asimilarla. A través de esta doble vía —la experiencia y la reflexión sobre ella— se espera una toma de conciencia sobre la utilidad y el carácter necesario de la evaluación.

La metodología empleada para diseñar el sistema, incluidos los instrumentos fundamentales, consistió en reuniones de trabajo del grupo antes mencionado, los JR, los I y la pedagoga. Una vez confeccionado el programa docente, que era el tema que los había convocado, el grupo entró

en una etapa de reflexión sobre la problemática de la residencia, de la que derivaron una serie de proyectos de acción concreta. Uno de ellos se propuso como objetivo el diseño y desarrollo de un sistema de evaluación para la residencia del hospital.

La primera etapa fue decidir quiénes serían los encargados de llevar adelante dicho proyecto.⁹ Se optó por los I, por ser las únicas personas dentro de la residencia que tienen la posibilidad de continuar en el cargo —los contratos de los JR no son renovables—, porque tienen injerencia real sobre la residencia del hospital, y porque, al ser algo ambigua su función, como en la mayoría de los hospitales municipales, la asignación de esta tarea permitiría una revalorización de aquella.

Somos conscientes de que esta elección puede acentuar la característica de “sistema cerrado de autoformación” que posee la residencia. No obstante, incluir a los médicos de planta en el proyecto probablemente hubiera dificultado aun más la aceptación del mismo. No se trata, sin embargo, de un tema clausurado: es de esperar que la base de la participación sea cada vez más amplia, hasta incluir a todos aquellos que deberían estar implicados en la residencia. Cabe aclarar que la decisión se dejó a criterio de los responsables del proyecto, sin que ello impidiera la participación de los otros integrantes de la residencia. De hecho, se consultó tanto a los R como a los JR sobre el tema en diversas reuniones organizadas para este fin.

Por último, la metodología empleada para poner en práctica el sistema se caracterizaría, como ya se dijo, por la inclusión gradual de sus funciones y distintos elementos. De ahí que aún hoy queden por elaborar algunos instrumentos y que falte cumplir algunas de las instancias evaluativas programadas. Según el modelo de evaluación planteado, sin embargo, nunca debería darse por terminado y cerrado el diseño del sistema, ya que debe estar en continua evolución para adaptarse a las circunstancias cambiantes en que se desarrolla.

RESULTADOS

El diseño de evaluación para la residencia en clínica pediátrica se presenta en el cuadro 2.

Aplicación del sistema de evaluación

El sistema diseñado se comenzó a implementar en junio de 1988. Las instancias programadas originalmente se cumplieron en diverso grado,

⁹ La ordenanza 40.997 establece quiénes deben ser los responsables de la evaluación, pero lo hace de modo tan confuso y tan contradictorio que el grupo terminó por decidir lo que le parecía mejor.

y con diversa suerte la valoración continua de estos sucesos condujo a la introducción de sucesivas modificaciones al sistema. Suscintamente nos referimos a los logros alcanzados y las dificultades enfrentadas durante este período en cada uno de los aspectos planeados.

Currículo

Se ha realizado, durante estos dos años, la evaluación de los objetivos, siguiendo criterios pedagógicos y examinando el currículo globalmente. La información recogida en las reuniones evaluativas, las observaciones realizadas por los I y las encuestas tomadas a los R, fueron analizadas por el grupo. Sobre esta base se tomaron diversas decisiones en torno a este aspecto. Como ejemplo podemos mencionar la modificación de la estructura del programa —en el que se incluyeron objetivos para cada año de la residencia y se agruparon los R por rotación— y la inclusión de los objetivos relacionados con la atención a adolescentes dentro de los objetivos obligatorios para todos los R.

Los criterios de pertinencia y de compatibilidad con las necesidades y políticas sanitarias no se pudieron casi utilizar. Resulta difícil examinar esta compatibilidad en un país como la Argentina, donde las necesidades y políticas no son muy claras y donde existen manifiestas contradicciones entre los principios enunciados y las acciones concretas. Por otra parte, la política del Hospital Pedro de Elizalde sigue aún indefinida debido a la situación ya descrita,¹⁰ aunque la práctica diaria permitiría deducir que su política consiste en responder a la demanda explícita de servicios que plantea la comunidad en la medida en que los recursos lo permitan.

Debido a lo antedicho, se juzgó la compatibilidad solo con respecto a los valores sustentados por el grupo y con respecto al criterio explícito de la DCPT de responder a un 50% de la atención ambulatoria y a un 50% de la atención a pacientes ingresados.

Desarrollo curricular

Se detalla a continuación lo que sucedió en el caso de las distintas instancias propuestas:

- La observación por parte de los I de actividades docentes a través de una guía, fue valorada favorablemente por el JR, el I y el

¹⁰ Aunque existe un proyecto para orientar al hospital hacia la atención de la patología social, este todavía no se ha puesto en práctica.

CUADRO 2. Diseño del sistema de evaluación de la residencia en clínica pediátrica, Hospital Pedro de Elizalde, Buenos Aires, Argentina, 1990.

| Aspectos evaluados | Instancias/Instrumentos de evaluación | Momentos de la evaluación | Responsables | Participantes | Función |
|--|--|---|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Currículo | | | | | |
| Propósito y objetivos | Reuniones evaluativas (información proveniente de todas las otras instancias). | Continua. Se acentúa en abril/mayo cuando comienza la programación del año lectivo siguiente. | I y Coordinador del Programa. | I, Coordinador del Programa, R y JR. | Diagnóstica Formativa Final |
| Currículo considerado globalmente | | | | | |
| Desarrollo curricular | | | | | |
| Actividades docentes: | Reuniones evaluativas y guía de observación de actividades docentes. | Continua. Al menos una por rotación. | I y Coordinador del Programa. | I, Coordinador del Programa, R y JR. | Diagnóstica Formativa Final |
| Programas | Encuesta de evaluación de la rotación. | Al promediar cada rotación. | I | R | |
| Ejecución | Registros anecdóticos y guías de observación semiestructuradas. | Continua. Aprox. una cada 4 meses. | I | I y JR | |
| Rotación (todos sus elementos/funcionamiento de planes y programas). | Por determinar con el personal de la rotación. | Continua. | | | |
| Enseñanza incidental. | | Por determinar. | | | |
| Rotaciones externas. | | | | | |
| Resultados obtenidos | | | | | |
| Aprendizaje de los R | | | | | |
| Previstos en los objetivos | | | | | |
| Objetivos cognoscitivos | Coloquios por lugar de rotación | Al finalizar cada rotación | I y JR | | Formativa |
| Objetivos de desempeño profesional: | Pruebas por nivel de R | Al finalizar cada rotación | I | | Diagnóstica y formativa |
| Examen semiológico | Guía de observación | Una al ingresar a la R y una al final de cada rotación | I o JR | | Formativa |
| Anamnesis | Examen clínico objetivo estructurado | Una en cada rotación por sala | I | | Formativa |
| Historia clínica | Guías de observación | | I | | Formativa |

| | | | | | |
|---|--|--|---|-----------------------|--|
| R1 | Diagnóstico y tratamiento de las afecciones más frecuentes Procedimientos Competencia clínica | Guías de observación y evaluación Escala de evaluación de monografías Por determinar con el personal de centros de salud | Al menos 2 para el R1 y 1 para el R2 Al menos 2 observaciones de cada procedimiento entre 1º y 2º año Dos veces en la rotación por sala Una vez al año Por determinar | | |
| R2 | Conducta frente a una urgencia Búsqueda y análisis bibliográfico Aprendizaje de APA Coordinación de grupos Elaboración de trabajos científicos | Guías de observación Escala de evaluación Guía de observación ECOS | Al ingresar al 3er año y una en cada rotación Una vez al año Al ingresar al 3er año y una en cada rotación Una en rotación por sala y otra en consultorio | I I I o JR I | Diagnóstica y formativa Formativa Diagnóstica y formativa Formativa |
| R3 | Orientación de la conducta clínica de los R. Diag. trat. y seguimiento de patología pediátrica. | | | | |
| No previstos | | Autoevaluación de R Observación no estructurada | Al menos 2 por año de R Continua | I I | R Formativa |
| Otros resultados | | | | | |
| En los servicios a la comunidad Atención de pacientes Proyectos en el área Programática | Entrevista a pac. y No. de consultas a R. Por determinar con el personal de área programática Por determinar con el personal de los servicios | Continua Por determinar Por determinar | | I | Formativa |
| En la organización y funcionamiento de los servicios | | | | | |

personal docente, ya que permitió a este último recibir una re-
 troalimentación sobre su actuación y a los JR e I contar con
 información confiable. Esta se utilizó, fundamentalmente, para
 reprogramar esas actividades, tanto con respecto a objetivos y
 contenidos, como a dinámica y estrategias de enseñanza. En este
 último sentido un efecto favorable e imprevisto de esa instancia
 fue la revaloración de las actividades de aprendizaje en grupo,
 ya que según se observó, estas fueron las que permitieron una
 mayor participación e intercambio entre los R y, por lo tanto,
 un mayor aprendizaje.

Pese a la valoración favorable, estas observaciones se realizaron
 en forma discontinua. Los I, que son los encargados de realizarlas, lo
 atribuyeron a la falta de tiempo. Como la insuficiencia de tiempo es el
 argumento más usado para justificar no cumplir lo planificado en general, se
 le analizará más adelante.

De todos modos, atendiendo a este argumento y por considerar
 que no implicaría una pérdida significativa, se decidió observar solo algunas
 de las actividades, y no todas.

- La evaluación realizada por los R a través de la encuesta no fue
 de demasiada utilidad debido a deficiencias del instrumento; en
 consecuencia, este se volvió a diseñar. La nueva versión de la en-
 cuesta (que se presenta en el anexo) todavía no ha sido aplicada,
 por lo que no podemos juzgar si el cambio ha sido favorable.
- Las reuniones evaluativas de los distintos integrantes de la re-
 sidencia se realizaron periódicamente con resultados diversos.
 Algunas resultaron muy provechosas, pues no solo brindaron
 información sobre diferentes aspectos derivados de distintas
 fuentes, sino que además el grupo mismo pudo diagnosticar
 problemas y analizar y decidir alternativas de acción. Otras, en
 cambio, fueron desaprovechadas.

Hubo dificultades para dar continuidad a las reuniones y lograr
 la participación de los R y de sus responsables. Estas dificultades pueden
 atribuirse a la falta de práctica en este tipo de participación real¹¹ y crítica
 responsable, y a las deficiencias de la coordinación de esta clase de reu-
 niones, que requiere de una capacitación específica de la que carecen la
 mayoría de los JR e I.

Para allanar estas dificultades se proyecta capacitar a los JR e I
 en la coordinación de las reuniones a través de una metodología de acción
 y reflexión que permita la formación teórica y práctica en dicha habilidad.

¹¹ Entendemos por participación real aquella que permite tomar parte en las decisiones.

En cuanto a la otra dificultad señalada, la falta de práctica solo se subsana brindando oportunidades para corregirla, haciendo explícita la carencia y analizando sus causas en grupo.

De la experiencia comentada deriva nuestro interés por seguir realizando dichas reuniones, que son de utilidad directa para la evaluación y que estimulan el aprendizaje de la participación real, de la crítica responsable y de la integración en grupo.

La evaluación de las rotaciones externas es una instancia recién incorporada al sistema de evaluación. Dicha incorporación se decidió a partir de una experiencia a fines de 1988 que consistió en el estudio, a través de observaciones y entrevistas, de las posibilidades de aprendizaje de la atención primaria de salud que brindaban los centros de salud por los que rotaban los R del hospital.

Este estudio permitió fundamentar la necesidad de las rotaciones —necesidad cuestionada en diversos sectores— y seleccionar aquellas que resultaran más provechosas para los R. La evaluación se llevó a cabo fuera de los centros de salud, ya que los integrantes de los mismos participaron en ella solo como informantes. Por las razones expuestas en la fundamentación del modelo propuesto, las evaluaciones deben realizarse dentro del sistema, por lo tanto las próximas que se realicen serán determinadas junto con el personal perteneciente a dichas rotaciones.

Resultados obtenidos

Se ha realizado, hasta ahora, la evaluación de los aprendizajes previstos en los objetivos:

- En relación con los objetivos cognoscitivos, se han administrado pruebas escritas de selección múltiple. Los logros más importantes en este aspecto son la aceptación de las pruebas por parte de los R, quienes se negaban a rendir cualquier tipo de examen, y la valoración de las mismas como ayuda para su aprendizaje.
- Con respecto a los objetivos del desempeño profesional, se han realizado las observaciones en R1 con funciones diagnósticas y formativas.

Cada R1 —del curso actual o ingresado en 1988— cuenta con una carpeta de seguimiento individual donde se archivan todos los registros de las observaciones que se le hicieron, las pruebas que rindió, etc., lo que permite seguir su evolución en el logro de los objetivos.

Actualmente, el grupo a cargo del sistema está elaborando y probando nuevos instrumentos. Se anticipa que para fines de 1990 estos y los otros contemplados en el diseño estarán ya en período de aplicación.

El balance general de las guías usadas es muy positivo. Desde el punto de vista individual, los propios R reconocen que han servido para reforzar sus logros y localizar y corregir sus errores. Desde el punto de vista de la programación y la enseñanza, han servido a los JR e I para reorientar la tarea docente y facilitar y optimar la tarea de supervisión.

También se consideran efectos secundarios beneficiosos la creación de la actividad de revisión en grupo de la historia clínica —orientada por la guía de evaluación y realizada semanalmente con la coordinación de los I— y la organización y puesta en marcha de talleres para la elaboración de monografías y actualizaciones coordinadas por los JR e I.

En cuanto a los inconvenientes, el principal consistió en la demora en cumplir con los plazos establecidos para confeccionar y aplicar los instrumentos, hecho que los I atribuyeron nuevamente a la falta de tiempo.

CONCLUSIONES

En resumen, en el presente estudio se realizó una valoración general del sistema descrito y de la experiencia en su conjunto. Siguiendo los criterios habituales para determinar la calidad de los sistemas de evaluación, podemos llegar a las siguientes conclusiones con respecto al sistema:

- Validez: buena para la residencia en clínica pediátrica del Hospital Elizalde, pues se refiere a los aspectos de la misma que se consideran más importantes y a los objetivos que la orientan. No puede afirmarse lo mismo en el caso de otras residencias.
- Confiabilidad: aceptable para las funciones que ha venido cumpliendo. En el momento en que se incorporen las funciones de certificación y promoción de los R hará falta un mayor grado de confiabilidad en la evaluación de los aprendizajes.
- Factibilidad/practicalidad: buena, ya que la mayor parte de las instancias planteadas en el diseño se han realizado. El no haber cumplido las restantes no se atribuye a una dificultad intrínseca de las mismas, sino al escaso tiempo que los I están dispuestos a ocupar en las tareas de evaluación. Aunque este no aumentara, sin embargo, es de esperar que en el término de un año el sistema completo esté en funcionamiento.
- Relación costo-beneficio: muy baja; en recursos materiales es casi nula (papel, fotocopias, y otros materiales), y en cuanto a los recursos humanos, se aprovechan los ya disponibles en la residencia sin menoscabo de sus otras tareas. Se agrega solamente la pedagoga.
- Utilidad: grande, en tanto que el sistema permitió lograr las

mejoras mencionadas en la residencia como sistema de formación y en el aprendizaje de los R.

Un párrafo aparte merece la consideración de los efectos secundarios del sistema. La puesta en práctica de determinados mecanismos de evaluación produce, como es bien sabido, una serie de efectos imprevistos que es necesario conocer a fin de determinar el valor de dichos mecanismos. En el sistema que hemos descrito se han detectado, hasta el momento, varios efectos beneficiosos, como los siguientes:

- la creación de nuevas actividades para los R (revisión de la historia clínica, taller de monografía);
- estimulación de actitudes positivas hacia la participación y la interacción en grupo;
- revaloración de la función del I;
- estimulación del interés por mejorar el sistema;
- motivación para realizar trabajos de investigación en educación médica, así como un creciente interés general por el tema.¹²

A partir del análisis global de la experiencia es posible advertir la persistencia de dos dificultades: la falta de apoyo jerárquico para la consolidación de este proyecto y la mencionada carencia de tiempo argumentada por los I. En ambos casos se trata de una añeja costumbre hospitalaria que relega sistemáticamente cualquier tarea que no sea asistencial, sin atención al hecho de que la residencia es fundamentalmente un sistema de formación. Estas dificultades se interpretan, además, como otra manifestación del rechazo a la evaluación cuyas causas se han analizado.

En cuanto al problema del tiempo, un cálculo aproximado indica que solo 20% de las horas que los I permanecen en el hospital son las que se requieren para cubrir todo lo propuesto en el diseño. Este porcentaje puede significar mucha o poca exigencia, de acuerdo con la valoración de las tareas que hay que realizar; el tiempo que se esté dispuesto a ocupar en una tarea es directamente proporcional a la importancia que se le atribuye.

♣ A pesar de las dificultades mencionadas, se observan claros indicadores de progreso hacia el cambio propuesto en los objetivos de la intervención. Cabe recordar que el eje del mismo apuntaba a la modificación de un elemento cultural de la residencia —la concepción y valoración de la evaluación— que debía concretarse en la institucionalización de un sistema de evaluación. Entre estos indicadores pueden mencionarse:

¹² Además del estudio mencionado en los centros de salud, acaba de concluir otro, realizado por los I, cuyo objeto fue determinar la validez predictiva de algunas calificaciones obtenidas por los R durante la carrera de medicina.

- el reconocimiento explícito del valor de la evaluación por los integrantes de la residencia. Aunque incipiente aún, se han registrado claras indicaciones en este sentido.
- la aceptación creciente de la función que cumple la evaluación, ya que no se cuestiona la práctica. Se está creando una tradición de evaluación.
- la exigencia a los I de cumplir con sus funciones de evaluación. Esto pone de relieve la creación de una "demanda desde abajo", objetivo primordial ya planteado.

No cabe duda de que, al estar aún en ejecución, el proyecto constituye una experiencia abierta. Ello hace que muchas de estas conclusiones sean preliminares. Sin embargo, la certeza de que la orientación es adecuada, tanto en el diagnóstico inicial como en los primeros cambios introducidos, es el mejor incentivo para seguir profundizando en la labor.

REFERENCIAS

- 1 Vidal CA. Adiestramiento en supervisión: ensayo de marco teórico. *Educ Med Salud*. 1981;15(2).
- 2 Katz FM, Snow R. *Evaluación del rendimiento de los trabajadores de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1981. (Cuadernos de Salud Pública 72).
- 3 Sirvent MT. Estilos participativos: ¿sueños o realidades? *Rev Arg Educ*. 1985;5.
- 4 O'Donnell G. *Modernización y autoritarismo*. Buenos Aires: Paidós; 1972.
- 5 O'Donnell G. *El Estado burocrático autoritario, 1966-1973*. Buenos Aires: Belgrano; 1983.
- 6 Cavarozzi M. *Autoritarismo y democracia (1955-1983)*. Buenos Aires: CEAJ; 1983.
- 7 Rouquié A. *Argentina hoy*. Buenos Aires: Siglo XXI; 1982.
- 8 Sacristán JG. *Teoría de la enseñanza y desarrollo del currículo*. Madrid: Anaya/2; 1985.
- 9 Pérez Gómez A. Modelos contemporáneos de evaluación. En: Gimeno Sacristán J, Pérez Gómez A. *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal Editor; 1978.
- 10 Stufflebeam D, Shinkfield A. *Evaluación sistemática: guía teórica y práctica*. Barcelona: Paidós; 1987.
- 11 Katz FM. *Pautas para la evaluación de programas de capacitación del personal de salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1981. (Publicación científica 415).
- 12 D'Hainaut, L. *Objetivos didácticos y programación*. Barcelona: Oikostau; 1975.
- 13 Scriven M. The Methodology of Evaluation. En: Stake R, ed. *Perspectives of curriculum evaluation*. Chicago; 1967.
- 14 Bloom B, Hastings J y Madaus G. *Evaluación del aprendizaje*. Buenos Aires: Troquel; 1975.
- 15 Harden RM. What is an OSCE? *Medical Teacher*. 1988; 10(1).

ANEXO

DESCRIPCION DEL SISTEMA DE EVALUACION

El sistema que se presenta es el resultado de las sucesivas modificaciones que se fueron haciendo a la luz de la experiencia acumulada con el transcurso del tiempo.¹³

Considerando las características del modelo propuesto, se determinó que había que evaluar los siguientes aspectos:

- Diseño curricular
- Desarrollo curricular
- Resultados obtenidos

1) Siguiendo el planteamiento de Johnson,¹⁴ quien define el currículo como una serie estructurada de resultados esperados (deseados) de aprendizaje, se evalúan los resultados planteados por el currículo de esta residencia, que cuenta con propósitos generales, objetivos generales por año de residencia, y objetivos específicos para cada rotación.

Para evaluar dichos objetivos se siguen criterios de dos tipos: unos se refieren a la compatibilidad de los propósitos con las necesidades sanitarias de la comunidad y sus recursos, así como con las políticas que sostienen al respecto la Secretaría de Salud de la MCBA y en particular el Hospital Pedro de Elizalde. Otros son criterios operatorios relacionados con la oportunidad pedagógica planteada por los objetivos que conducen a esos propósitos. Estos son, en síntesis: adecuación de los objetivos a los propósitos y a los residentes; valor relativo; campo; accesibilidad y posibilidad de aceptación de los objetivos, y por último, la disponibilidad de los recursos necesarios (12).

El currículo también debe evaluarse globalmente, teniendo en cuenta criterios tales como su coherencia interna, su cobertura, el equilibrio entre las partes, y su economía.

2) Con respecto al desarrollo curricular,¹⁵ se pretende evaluar:

- La organización que se adopta para cumplir con los objetivos propuestos y su puesta en práctica (p. ej.: esquema de actividades

¹³ Este es uno de los sentidos al que nos referíamos con la característica de "flexibilidad" que debería tener el sistema.

¹⁴ Johnson M, Jr. *La teoría del currículo (definiciones y modelos)*.

¹⁵ El término desarrollo curricular se utiliza habitualmente como sinónimo de aplicación curricular. Nuestra manera de usarlo es más amplia; incluye toda planificación que se realice en pos de los objetivos, así como lo que realmente sucede cuando esta se aplica, considerando que hay otros factores que inciden sobre la realidad de las residencias además de los previstos en dichas planificaciones.

de los R, asignación de funciones a los distintos miembros, funcionamiento de las rotaciones, etc.).

- Los programas de las actividades docentes y su ejecución.
- Los procesos de enseñanza incidental, entendidos como tales aquellos que se dan durante el transcurso de actividades asistenciales (pases de guardia y sala, atención de pacientes, etc.) sin planificación previa.

La evaluación cumple de este modo una función formativa en el sentido de ir dando forma al programa (13). Determinar los aciertos y deficiencias del mismo sobre la marcha permite realizar los cambios necesarios en el momento adecuado. De ahí que se efectúe durante todo el proceso.¹⁶

Se han previsto las siguientes instancias de evaluación:

- Observación de actividades docentes utilizando una guía confeccionada *ad hoc*.
 - Evaluación de las rotaciones y actividades docentes realizadas por los R a través de una encuesta individual que se toma para obtener el promedio de cada una de ellas.
 - Reuniones de evaluación en que participan los JR, los I, el coordinador del programa, la pedagoga y los R (ya sea el grupo total de R o subgrupos por nivel o lugar de rotación). Estas reuniones se realizarán periódicamente de acuerdo con las necesidades que se vayan detectando. Se convocarán a solicitud de cualquiera de los miembros de la residencia y sin restricción de temas, ya que en principio es evaluable cualquier aspecto de la misma.
 - Evaluación de las rotaciones externas (dentro del esquema actual de rotaciones, estas serían las de neonatología y centros de salud). Se intentará realizar la evaluación con la participación de los I de dichos servicios y del modo en que se haya acordado en cada caso.
 - Observación de actividades asistenciales, con la atención centrada en la enseñanza incidental, usando registros anecdóticos, una guía de observación semiestructurada, o ambos, y siguiendo un cronograma que permita obtener una muestra representativa de la realidad.
- 3) En cuanto a los resultados obtenidos se proyecta evaluar:
- Aprendizaje de los R:
 - previstos en los objetivos
 - no previstos en los objetivos

¹⁶ Recuérdese la característica de continuidad que se señaló en el modelo propuesto.

La evaluación del aprendizaje de los R deberá tener funciones diagnósticas, con objeto de conocer sus requisitos de aprendizaje y poder, sobre esa base, programar la evaluación formativa (para reorientar la enseñanza y el aprendizaje) y acumulativa (con fines de certificación y promoción) (14).

- Otros resultados:
 - en los servicios brindados a la comunidad (efectos en la atención de pacientes y en los proyectos del área programática en que participen los R. (p. ej., un programa de salud escolar).
 - en la organización y funcionamiento de los servicios donde rotan los R.

La medición se refiere a criterios y no a normas. Esto significa que el rendimiento de cada residente se interpretará en relación con los objetivos propuestos.¹⁷

Se prevé la confección para cada R de una “carpeta de seguimiento” donde se incluya la información obtenida sobre su aprendizaje durante todos los años cursados y el perfil de rendimiento individual a modo de síntesis descriptiva de los distintos aspectos evaluados.

Para decidir la promoción se confrontará la ponderación de los resultados de todas las evaluaciones realizadas, con el mínimo nivel de rendimiento aceptable que se determine para cada año.

Según un criterio netamente práctico y para fines de la evaluación se han clasificado los objetivos en dos categorías: objetivos cognoscitivos y objetivos de desempeño profesional, definido este último como la capacidad o competencia del R para efectuar determinadas tareas de carácter integral, es decir, que requieren simultáneamente la aplicación de conocimientos, actitudes y destrezas psicomotoras y su organización e integración en la práctica (2).

Para evaluar los objetivos cognoscitivos se plantean dos instancias diferenciadas que deben realizarse al final de cada rotación: una con método de coloquio y otra con pruebas verbales escritas.

Para evaluar los objetivos del desempeño profesional se elaborarán guías de observación, al estilo de listas de control y escalas de evaluación, que permitan una supervisión sistemática y confiable de los R, tanto en situaciones reales como simuladas. Dentro de esta categoría de objetivos, aquellos que se refieran al diagnóstico y tratamiento de determinadas afecciones serán evaluados con exámenes similares al OSCE (Examen Clínico Objetivo Estructurado) (15).

¹⁷ Para una defensa del empleo de este tipo de medición en el campo de la educación médica, véase Stones, E.: *The evaluation of learning*. Brit. H. Med. Ed., 1969, 3 (135–142) citado por Camilloni, A.: *Evaluación de la Educación Continua del Médico*. Rev. Arg. de Anestesiología, Vol. 30, 1972. (258–264).

En el caso de los objetivos generales del desempeño profesional planteados por año de la residencia corresponde evaluar:

- R1
 - a) Examen semiológico
 - b) Entrevista clínica
 - c) Confección de historia clínica:
 - de ingreso
 - de evolución
- R2
 - a) Competencia clínica
 - b) Conducta frente a urgencias (PCC, convulsiones, coma)
 - c) Búsqueda y análisis bibliográfico
 - d) Aprendizajes en el área de atención primaria de salud

Tanto para el R1 como para el R2 corresponde evaluar:

- a) Capacidad para efectuar procedimientos (canalizaciones, drenajes, etc.).
 - b) Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las afecciones más frecuentes en pediatría.
- R3
 - a) Coordinación de grupos de trabajo y aprendizaje.
 - b) Elaboración de trabajos científicos.
 - c) Orientación y evaluación crítica de la conducta clínica de los R.
 - d) Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades pediátricas.

Hasta el momento se han elaborado los instrumentos de evaluación del desempeño profesional del R1 y los de evaluación de procedimientos.

Actualmente el grupo está abocado a la tarea de confeccionar una guía de observación para evaluar la competencia clínica del R2. Las situaciones que se observarán serán también las de examen físico, anamnesis e historia clínica, pero en este caso —a diferencia del de los R1— se buscan indicadores de competencia clínica y no de habilidad para realizar cada tarea individualmente.

Para evaluar la competencia en las áreas de búsqueda y análisis bibliográfico se está elaborando una escala de evaluación para monografías y actualizaciones.

Con respecto al R3, actualmente se elaboran casos representativos de conductas clínicas propias de los R1 y R2 con el fin de observar la orientación y evaluación crítica proporcionadas por el R3 frente a ellas.

Para evaluar los aprendizajes imprevistos se contará con una autoevaluación de cada R y con la observación libre de sus conductas por los I. La información provista por estos dos medios será analizada en las reuniones de evaluación mencionadas anteriormente.

Por último, para evaluar los resultados obtenidos en materia de atención de pacientes se proyecta entrevistar a los pacientes y determinar el número y tipo de consultas en las que estos pidan explícitamente ser atendidos por un R.

Se considera conveniente evaluar el efecto de los resultados en los proyectos del área programática y los servicios junto con el personal de planta y de la manera acordada con este.

ELABORACION DE UNA ESCALA DE CREENCIAS SOBRE MEDICINA SOCIAL: ESCUELA DE MEDICINA DR. PABLO ACOSTA ORTIZ¹

Virginia Adrián de Loggiodice,² Mariela Montilva de Mendoza,²
María L. Mendoza de Menacho² y Pablo Chaviel²

En la Escuela de Medicina Dr. Pablo Acosta Ortiz de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado (UCLA) se desea evaluar las ventajas del nuevo currículo con respecto al anterior en el área de medicina social. Interesa conocer las actitudes de los estudiantes hacia esa área, tanto al inicio como a la mitad y al final de la carrera. Tomando en consideración que el área de medicina social es demasiado débil en los estudiantes de nuevo ingreso como para medir de una manera confiable sus actitudes, se decidió explorar sus creencias.

Sobre la base de la teoría de acción razonada se elaboró una escala de creencias sobre medicina social. El procedimiento de elaboración se describe en cuatro fases y termina con una escala de 33 reactivos con índices de validez y confiabilidad ampliamente comprobados.

INTRODUCCION

La necesidad de evaluar las ventajas del currículo nuevo (CN, 1990) de la Escuela de Medicina Dr. Pablo Acosta Ortiz con respecto al currículo anterior (CA, 1985) en el área de medicina social hizo necesario explorar las actitudes que se generaban en los estudiantes hacia esa área curricular en particular. A través de un estudio longitudinal que comenzaría con los estudiantes recién ingresados (de primer semestre del currículo

¹ Investigación realizada en el marco del Programa Desarrollo de Políticas en Atención Primaria de Salud que lleva a cabo la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado con el apoyo de la Fundación Kellogg.

² Escuela de Medicina Dr. Pablo Acosta Ortiz, Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela.

nuevo y tercer semestre del currículo anterior), se exploraron las actitudes en tres momentos de la carrera: el inicio, el intermedio y el final. La comparación de los resultados permitió evaluar la fuerza del componente de medicina social en ambos currículos y la formación de actitudes favorables hacia él.

Si se toma en cuenta, sin embargo, la experiencia de diversos autores (1, 2) que sostienen que cuando el componente actitudinal —en este caso medicina social— es débil o poco conocido, su medición resulta poco confiable, se puso en tela de juicio el grado de confiabilidad que tendría en ese caso la medición de actitudes en los estudiantes recién ingresados. El problema se resolvió con la aplicación de la teoría de la acción razonada (3, 4), según la cual la mayor parte de las acciones de carácter social están bajo control volitivo. Por lo tanto, lo que determina de inmediato la ejecución o no ejecución de una acción es la intención de la persona. Esa intención está en función de dos factores determinantes básicos, el uno de naturaleza personal y el otro de origen social.

El factor personal es la evaluación positiva o negativa con respecto a una conducta. Esto se denomina actitud hacia la conducta y se refiere a un juicio personal, bueno o malo, a favor o en contra de un comportamiento en particular.

El segundo factor que determina la intención es la percepción personal de la presión social sobre el individuo para ejecutar o no ejecutar tal conducta. Este factor se denomina norma subjetiva. En términos generales, las personas ejecutan una conducta cuando la evalúan positivamente y cuando consideran que otras personas la aprobarían.

Para muchos propósitos, es posible predecir y llegar a comprender hasta cierto punto las intenciones de las personas midiendo su actitud y su norma subjetiva hacia la ejecución de una conducta en particular y determinando el peso relativo entre ambas. Sin embargo, para comprender mejor las intenciones es necesario explicar por qué algunas personas mantienen ciertas actitudes o normas subjetivas.

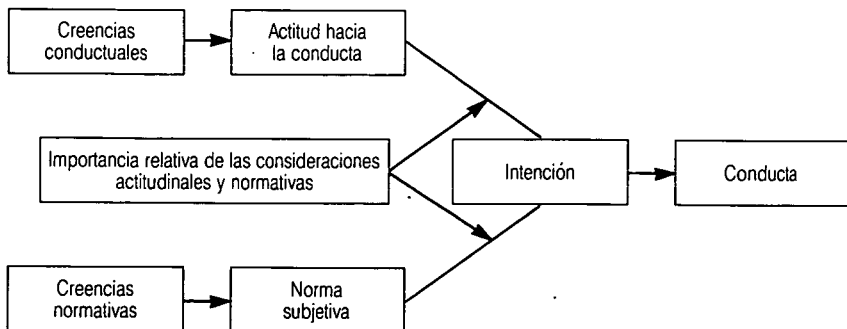
De acuerdo con la teoría de la acción razonada, las actitudes están determinadas por las creencias. Estas creencias se denominan conductuales y se definen como “un juicio probabilístico que conecta a algún objeto o concepto con algún atributo” (4). En términos más sencillos, constituyen la información que las personas mantienen sobre sí mismas y el mundo en general. Si una persona cree que la ejecución de determinada conducta conducirá a mejores resultados o a los esperados, mantendrá, por supuesto, una actitud favorable hacia la ejecución de esa conducta. Lo contrario también es cierto.

Por otra parte, las normas subjetivas también son una función de las creencias, pero de creencias de otro tipo. Dependen de si el sujeto cree que determinadas personas o grupo de personas piensan que esa

conducta debe o no llevarse a cabo. Estas creencias que determinan la norma subjetiva se denominan normativas. En términos generales, una persona percibirá cierta presión social para ejecutar una conducta cuando cree que otras personas (a quienes debe complacer) piensan que debería ejecutarla. De este modo, la norma subjetiva puede ejercer presión para ejecutar o no determinada conducta, independientemente de la actitud personal hacia ella.

La figura 1 resume la teoría de acción razonada, cuyo propósito es predecir, explicar y moldear la conducta humana. Interesa para los fines de esta investigación porque a través de ese modelo se pueden explorar las creencias que tienen los bachilleres de nuevo ingreso con respecto a la medicina social, sin importar la ausencia o debilidad de este aspecto. De este modo, a través del pensum se influenciarían sus creencias, ya sea fortaleciéndolas o debilitándolas, con la finalidad de generar actitudes favorables hacia la medicina social y, en un momento más avanzado de la carrera —cuando se considera que la medicina social cobra significado— se medirían actitudes hacia las conductas implícitas en el ejercicio de la misma. Finalmente, sería conveniente medir las intenciones conductuales para determinar en qué medida el nuevo currículo está fortaleciendo la medicina social. En vista de todo lo que se viene exponiendo y ante el desconocimiento de la existencia de una escala de creencias sobre medicina social, se considera importante su elaboración para los fines antes mencionados. El objetivo del presente estudio es, por lo tanto, elaborar un instrumento de medición de creencias con respecto a la medicina social que se pueda aplicar en bachilleres recién egresados con la finalidad de comparar las ventajas del nuevo currículo con respecto al currículo antiguo en el área de medicina social.

FIGURA 1. Factores que determinan la conducta.



METODOLOGIA

Primera fase: Determinación de los parámetros que definen el concepto de medicina social

En primer término se precisaron los parámetros que definirían el concepto objeto de medición, en este caso la medicina social. Estos parámetros son los siguientes:

1. Medicina preventiva: aplicación de conocimientos, técnicas y procedimientos de medicina y de otras especialidades para evitar la aparición de enfermedades o su progreso.

2. Abordaje integral: enfoque de los problemas de salud en relación con las condiciones biológicas, psicológicas y sociales del individuo, su familia o grupos de población, aplicando las medidas preventivas tanto como las curativas.

3. Trabajo comunitario: las actividades que realizan los miembros del equipo de salud en la comunidad y junto con ella, con la finalidad primordial de promover la salud.

4. Equipo de salud: grupo de personas que comparten una meta común de salud y objetivos comunes determinados por las necesidades de la comunidad, para cuyo logro cada miembro del equipo contribuye de acuerdo con su competencia.

5. Investigación: procedimiento ordenado, controlado y riguroso mediante el cual se manipulan objetos, hechos o ideas para entender, corregir o verificar el conocimiento en cualquier aspecto de la creencia.

Segunda fase: Elaboración de rubros para los parámetros que definen la medicina social. Dominio del contenido

Una vez definidos los parámetros, se realizó una revisión bibliográfica de investigaciones sobre actitudes hacia la medicina social o alguno de sus parámetros y sobre documentos relacionados con el trabajo comunitario (1, 2, 5-15), con la finalidad de solucionar o construir reactivos que conformaran un inventario de conductas en torno al ejercicio de la medicina social en cada uno de sus parámetros.

Este inventario quedó constituido por 56 reactivos y fue sometido a una prueba de jueces (13 médicos docentes de la Escuela de Medicina con experiencia comprobada en medicina social) con objeto de, primero, clasificar cada rubro en uno de los parámetros de medicina social y, segundo, evaluarlo según su grado de importancia en una escala que va de 5 (muy importante) a 1 (sin importancia). Una vez completada la prueba

de jueces, se tomó como criterio de selección de los rubros (para la versión de la escala de creencias sobre medicina social) el ser asignado a un parámetro determinado por el 75% de los jueces y el ser calificado con una puntuación igual o mayor a 4,5.

Con este criterio se escogieron cinco reactivos para el área de medicina preventiva y cinco para la de abordaje integral. Para las de equipo de salud e investigación se aceptaron rubros evaluados con 4,0 puntos o más, ya que no todos alcanzaban un valor igual o superior a 4,5.

Para el área de trabajo comunitario solo clasificaron dos rubros con un valor superior a 4,6 que fueron escogidos por 50% de los jueces o más. A este parámetro se le añadieron tres reactivos para la escala final. Estos reactivos habían sido seleccionados previamente de otras encuestas por el equipo de investigación.

Tercera fase: Elaboración de la primera versión de la escala

Se elaboró una primera versión de la escala, tomando en cuenta los criterios de Ajzen y Fishbein (3, 4) para la redacción de reactivos aplicados a la medición de creencias. Estos autores sostienen que se debe partir de la identificación de un criterio conductual tomando en cuenta cuatro elementos: la acción, el objeto al cual se dirige la acción, el contexto en la que esta ocurre y el tiempo o momento de su ejecución. Cada uno de estos criterios puede ser más o menos específico, permitiendo así medidas de magnitud, frecuencia absoluta o frecuencia relativa.

La primera versión de la escala quedó constituida por 28 reactivos sencillos y uno compuesto de ocho aspectos diferenciados. Esto equivalía a un total de 36 respuestas. Esta escala fue sometida a una prueba piloto con el fin de determinar su grado de validez y confiabilidad. Para ello se aplicó en 120 estudiantes de cuarto semestre de medicina (currículo anterior con un componente de medicina social muy débil) de la Escuela Dr. Pablo Acosta Ortiz. Los 36 rubros del instrumento se sometieron a un análisis discriminativo. Para tal fin se organizaron los puntajes de mayor a menor y se tomaron el 25% superior de la distribución (sujetos con puntajes altos) y el 25% inferior (sujetos con puntajes bajos).

Posteriormente se procedió a hacer la comparación para cada rubro mediante la prueba *t* para muestras independientes, estableciéndose como límite para la significación de la diferencia el nivel 0,5 (intervalo de confianza de 95%). Como se observa en el cuadro 1, solamente un rubro (9) no discriminó a ese nivel, por lo que se decidió eliminarlo.

El índice de confiabilidad del instrumento fue determinado mediante el método de consistencia interna. El coeficiente alfa de Crombach resultó ser de 0,99.

CUADRO 1. Comparación de las medias entre los grupos alto y bajo para cada rubro.

| Item | Grupo alto \bar{x} | Grupo bajo \bar{x} | t | p |
|------|-------------------------|-------------------------|------|------|
| 1 | 2,86 | 2,33 | 3,66 | <,01 |
| 2 | 2,86 | 2,06 | 4,07 | <,01 |
| 3 | 1,43 | 0,7 | 2,51 | <,05 |
| 4 | 2,86 | 1,96 | 3,13 | <,01 |
| 5 | 2,5 | 1,26 | 4,94 | <,01 |
| 6 | 2,83 | 2,1 | 2,81 | <,01 |
| 7 | 2,7 | 1,46 | 5,37 | <,01 |
| 8 | 1,7 | -0,1 | 4,01 | <,01 |
| 9 | -1,6 | -0,8 | -1,8 | <,1 |
| 10 | 1,93 | 0,63 | 2,94 | <,01 |
| 11 | 2,96 | 1,86 | 3,24 | <,01 |
| 12 | 3 | 2,16 | 3,71 | <,01 |
| 13 | 2,8 | 1,86 | 4,85 | <,01 |
| 14 | 2,6 | 1,1 | 6,42 | <,01 |
| 15 | 1,66 | 0,03 | 5,20 | <,01 |
| 16 | 2,8 | 1,66 | 3,81 | <,01 |
| 17 | 2,7 | 1,33 | 5,51 | <,01 |
| 18 | 1,6 | 0,63 | 2,68 | <,05 |
| 19 | 2,6 | 1,43 | 3,56 | <,01 |
| 20 | 2,9 | 1,93 | 4,79 | <,01 |
| 21 | 2,1 | 0,93 | 4,61 | <,01 |
| 22 | 2,83 | 1,36 | 5,50 | <,01 |
| 23 | 2,53 | 0,0 | 10,2 | <,01 |
| 24 | 2,2 | -0,4 | 9,21 | <,01 |
| 25 | 2,03 | -0,2 | 7,40 | <,01 |
| 26 | 2,7 | 1,33 | 4,85 | <,01 |
| 27 | 2,86 | 1,6 | 5,80 | <,01 |
| 28 | 2,83 | 1,4 | 6,63 | <,01 |
| 29 | 1,96 | -0,2 | 8,15 | <,01 |
| 30 | 0,0 | 1,4 | 3,78 | <,01 |
| 31 | 2,56 | 1,1 | 4,10 | <,01 |
| 32 | 2,86 | 1 | 7,43 | <,01 |
| 33 | 3 | 2,6 | 2,33 | <,05 |
| 34 | 2,93 | 2 | 6,17 | <,01 |
| 35 | 2,6 | 1,9 | 3,71 | <,01 |
| 36 | 7,8 | 1,96 | 4,91 | <,01 |

CUADRO 2. Distribución de los reactivos según el parámetro correspondiente.

| Parámetro | Número del reactivo |
|---------------------|-------------------------------------|
| Medicina preventiva | 1 - 6 - 10 - 23 |
| Trabajo comunitario | 2 - 7 - 11 - 15 - 19 ^a |
| Equipo de salud | 3 - 8 - 12 - 16 - 20 |
| Abordaje integral | 5 - 9 - 14 - 17 - 21 - 24 - 25 - 26 |
| Investigación | 4 - - 13 - 18 - 22 |

^aReactivo compuesto de ocho aspectos o respuestas diferenciadas.

Cuarta fase: Versión final de la escala

La escala final quedó constituida por 33 reactivos. Dos rubros del parámetro medicina preventiva fueron eliminados, a pesar de su poder discriminatorio comprobado, por ser poco útiles en el sentido cualitativo (cuadro 2).

Los rubros deben contestarse en una escala bipolar de siete puntos que va desde “extremo acuerdo” hasta “extremo desacuerdo”, colocando una x en la categoría seleccionada.

ACUERDO ——— ——— ——— ——— ——— ——— ——— DESACUERDO
 extremo mucho ligero neutro ligero mucho extremo

Para fines de evaluación, a cada categoría le corresponde una puntuación entre + y - 3, según se señala.

ACUERDO ——— ——— ——— ——— ——— ——— ——— DESACUERDO
 +3 +2 +1 0 -1 -2 -3

En el rubro 16, la puntuación debe invertirse. De este modo se obtienen cinco puntuaciones parciales (una por cada parámetro) y una puntuación total que corresponde a medicina social.

CONCLUSIONES

El procedimiento empleado para elaborar la escala de creencias sobre el ejercicio de la medicina social muestra altos índices de validez y confiabilidad. Sin embargo, un proceso de validación nunca termina y ningún índice basta por sí solo. Todo instrumento de medición debe probarse y perfeccionarse constantemente.

Esta escala representa un instrumento útil y convincente porque de ella se derivan resultados que permiten una intervención adecuada y oportuna para fortalecer o fomentar actitudes favorables hacia cualquiera de los parámetros de la medicina social.

Cabe destacar que la teoría de la acción razonada se interesa en actitudes hacia conductas específicas y no hacia objetos o instituciones. En este sentido, si se interviene desde el componente primario de las actitudes (creencias), se garantiza una formación de actitudes aun más favorables hacia el ejercicio de la medicina social, y no solo hacia la medicina social como tal. Los parámetros de medicina preventiva, abordaje integral, trabajo comunitario, equipo de salud e investigación, permiten identificar el área que debe reforzarse a través del currículo.

En conclusión, los resultados derivados de esta escala constituyen un insumo básico para la reformulación del programa curricular de medicina social en cualquiera de los parámetros ya señalados. De este modo se determina con exactitud cuál de ellos debe reforzarse.

REFERENCIAS

- 1 Ajzen I, Fishbein M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall; 1980.
- 2 Balduino MA, Lezza ZL. A técnica Q. Como instrumento de medida na área da educação em saúde. *Rev Saude Publ*. 1986;20:37-61.
- 3 Cordeiro H, Nascimento G, et al. Evaluación de un curso de ciencias sociales aplicadas a la salud. *Educ Med Salud*. 1974;8(1).
- 4 Ewan CE. Attitudes to social issues in medicine: a comparison of first-year medical students with first-year students in non-medical faculties. *Med Educ*. 1987;21.
- 5 Fishbein N. Comunicación persuasiva: una perspectiva psicosocial de los factores que influyen en la efectividad de la comunicación. *Psicología*. 1977;IV(3 y 4).
- 6 González E, Gutiérrez J. La actitud de los estudiantes de medicina hacia los aspectos preventivos y sociales de la enseñanza y del ejercicio médico. *Educ Med Salud*. 1982;16(2).
- 7 Henry RC, Ogle K, Snellman L. Preventive medicine: physician practices, beliefs, and perceived barriers for implementation. *Family Medicine*. 1987; 19(2).
- 8 de Ludewig MC. Actitudes de los estudiantes de la Escuela de Medicina Dr. Pablo Acosta Ortiz hacia la medicina preventiva; 1990. (Tesis de maestría, por publicar).
- 9 Organización Mundial de la Salud. *La educación del personal de salud centrada en la comunidad*. Ginebra: OMS; 1987. (Serie de informes técnicos 746).
- 10 Parlow J. Project ACVOL: Attitudes toward social issues in medicine of health sciences SHOUT volunteers; 1972. (Documento inédito).
- 11 Powell PV. A survey on attitudes to preventive medicine in general practice. *Health Bull*. 1985;43(6).
- 12 Rezler A. Attitude changes during medical school: a review of the literature. *J Med Educ*. 1974;49.
- 13 Scott C, Neighbor W. Preventive care attitudes of medical students. *Soc Med*. 1985;21(3).
- 14 Scott C, Greig L, Neighbor W. Curricular influences on preventive care attitudes. *Prev Med*. 1986;15.
- 15 Summers G. *Medición de actitudes*. México, DF: Trillás; 1976.

RESEÑAS

LA SERIE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE LA OPS

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS creó en 1969 la Serie de Desarrollo de Recursos Humanos como un nuevo vehículo para divulgar el conocimiento producido en este campo a través de reuniones de grupos de consulta, foros internacionales, reuniones nacionales, informes de consultorías sobre temas específicos, y otros medios. Todas estas actividades constituyen, en general, situaciones en que se promueven la reflexión y el debate, se examinan con ánimo crítico asuntos hasta hace poco vigentes, y se crean condiciones para la adquisición progresiva de nuevos conocimientos sobre el desarrollo de recursos humanos. En este sentido, los materiales publicados en la Serie son el complemento lógico del esfuerzo que el Programa desarrolla, con el mismo propósito, a través de las páginas de *Educación Médica y Salud*.

Para beneficio de los trabajadores de salud del continente que se interesan por conocer esta fuente de información sobre todo los aspectos del desarrollo de recursos humanos para la salud, hemos creído de utilidad actualizar la lista de títulos publicados en la Serie desde su creación hasta la fecha actual (cuadro 1).

CUADRO 1. Obras de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, desde su creación hasta la fecha actual.

| No. | Año | Título ^a | Autor/editor ^b |
|-----|------|--|---------------------------|
| 01 | 1969 | <i>Enseñanza de la patología en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |
| 02 | 1969 | <i>Enseñanza de la bioquímica en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |
| 03 | 1969 | <i>Enseñanza de la farmacología en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |
| 04 | 1969 | <i>Enseñanza de la fisiología en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |

CUADRO 1. Obras de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, desde su creación hasta la fecha actual (cont.).

| No. | Año | Título ^a | Autor/editor ^b |
|-----|------|--|--|
| 05 | 1969 | <i>Enseñanza de la pediatría en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |
| 06 | 1969 | <i>Enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |
| 07 | 1970 | <i>Características generales de la educación médica en América Latina.</i> | |
| 08 | 1970 | <i>Enseñanza de la medicina interna en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |
| 09 | 1970 | <i>Enseñanza de la morfología en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |
| 10 | 1970 | <i>La educación médica en Perú.</i> | |
| 11 | 1970 | <i>La educación médica en Bolivia.</i> | |
| 12 | 1970 | <i>La educación médica en Ecuador.</i> | |
| 13 | 1970 | <i>La educación médica en Centroamérica.</i> | |
| 14 | 1971 | <i>Enseñanza de la microbiología en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |
| 15 | 1971 | <i>Enseñanza de la parasitología en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |
| 16 | 1971 | <i>Enseñanza de la obstetricia y ginecología en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |
| 17 | 1972 | <i>La formación de personal para extender los servicios de salud en áreas rurales.</i> | |
| 18 | 1972 | <i>Enseñanza de la cirugía en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |
| 19 | 1972 | <i>Enseñanza de la patología en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |
| 20 | 1973 | <i>Enseñanza de la salud mental en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |
| 21 | 1974 | <i>Enseñanza de las ciencias fisiológicas en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |
| 22 | 1975 | <i>Enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de América Latina.</i> | |
| 23 | 1975 | <i>Medicina e historia: el pensamiento de Michel Foucault. (Compilaciones).</i> | M. Márquez |
| 24 | 1975 | <i>Medicina comunitaria: un nuevo enfoque de la medicina.</i> | C. Vidal |
| 25 | 1978 | <i>Comités del Programa de Libros de Texto. Informes.</i> | |
| 26 | 1978 | <i>Seminario Panamericano sobre Educación y Atención a la Salud. Informe final.</i> | |
| 27 | 1978 | <i>Health Manpower Planning: a comparative study in four countries.</i> | J. Pillet J. Haddad C. Gross H. Apezechea J. Andrade |
| 28 | 1978 | <i>Marco conceptual de la educación médica en América Latina.</i> | |
| 29 | 1978 | <i>Educación continua: informe de un Grupo de Consulta. (Español e inglés)</i> | J. Pillet J. Haddad |
| 30 | 1979 | <i>Inter-Regional Seminar on Continuing Education for Health Personnel. Informe final.</i> | |

CUADRO 1. Obras de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, desde su creación hasta la fecha actual (cont.).

| No. | Año | Título ^a | Autor/editor ^b |
|-----|------|--|---|
| 31 | 1980 | <i>Guía para el desarrollo de recursos humanos en salud ambiental.</i> | |
| 32 | 1980 | <i>Metodología para la evaluación de escuelas y facultades de ciencias de la salud.</i> | |
| 33 | 1980 | <i>Directorio de programas regionales de educación en administración de salud.</i> | H. Novaes |
| 34 | 1981 | <i>Seminario sobre investigación en servicios de salud. Informe final.</i> | |
| 35 | 1981 | <i>Guía para la planificación de recursos humanos en salud.</i> | P. Hornby D. K. Ray P. Shipp T. Hall |
| 36 | 1981 | <i>Cuadernos de administración de salud. Una revisión bibliográfica.</i> | H. Novaes |
| 37 | 1981 | <i>Directorio de programas regulares de educación en administración de salud en América Latina.</i> | H. Novaes |
| 38 | 1981 | <i>Enseñanza de la salud pública: 20 años de experiencia latinoamericana.</i> | J. R. Teruel |
| 39 | 1982 | <i>Cuadernos de administración de salud: comportamiento organizacional.</i> | H. Novaes |
| 40 | 1982 | <i>Cuadernos de administración: administración para el desarrollo de la salud.</i> | H. Novaes |
| 41 | 1982 | <i>Educación modular en administración en salud.</i> | AUPHA |
| 42 | 1982 | <i>Métodos para determinar oferta y necesidades de recursos humanos en salud.</i> | B. Lockett |
| 43 | 1982 | <i>Cuadernos de administración en salud: administración de materiales y servicios.</i> | H. Novaes |
| 44 | 1982 | <i>Cuadernos de administración: epidemiología aplicada a la administración de salud.</i> | H. Novaes |
| 45 | 1982 | <i>Cuadernos de administración: hospitales complejos y organización de la asistencia.</i> | H. Novaes |
| 46 | 1982 | <i>Directorio de programas regionales de educación en administración.</i> | H. Novaes |
| 47 | 1982 | <i>Catálogo de materiales instruccionales.</i> | |
| 48 | 1982 | <i>Enseñanza de la administración estratégica: informe de un Grupo de Trabajo.</i> | |
| 49 | 1982 | <i>Independent Medical Studies: Proceedings.</i> | G. Trzebiatowski |
| 50 | 1983 | <i>Cuadernos de administración: investigación de operaciones y análisis de sistemas.</i> | H. Novaes |
| 51 | 1983 | <i>Enseñanza de la administración en cursos de enfermería. Informe final.</i> | |
| 52 | 1983 | <i>La estadística de salud y el estudiante de medicina.</i> | |
| 53 | 1983 | <i>Directorio de programas regionales de educación en administración de salud.</i> | |
| 54 | 1983 | <i>Recopilación de informes finales de talleres sobre comportamiento organizacional y administración en salud.</i> | |
| 55 | 1983 | <i>Enseñanza de la administración en escuelas de medicina.</i> | |

CUADRO 1. Obras de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, desde su creación hasta la fecha actual (cont.).

| No. | Año | Título ^a | Autor/editor ^b |
|-----|------|--|--|
| 56 | 1983 | <i>Administración en salud: revisión bibliográfica de 5.000 referencias.</i> (En microficha) | |
| 57 | 1983 | <i>Taller sobre Educación en Administración en Programas de Enfermería.</i> Informe final. | |
| 58 | 1984 | <i>Grupo de Consulta sobre Educación en Enfermería.</i> Informe final. | |
| 59 | 1985 | <i>Módulo de evaluación de programas de salud, programas de formación de personal y programas de prestación de servicios.</i> (Español y francés). | |
| 60 | 1985 | <i>Bibliografía anotada sobre educación de adultos.</i> (Español e inglés). | |
| 61 | 1985 | <i>Estudio sobre programas de formación de enfermeras profesionales en América Latina.</i> | |
| 62 | 1985 | <i>Integración docente-asistencial: un estudio de experiencias en América Latina.</i> | C. Vidal, J. Quiñónez |
| 63 | 1985 | <i>Lineamientos para la preparación de proyectos de investigación en enfermería.</i> Grupo de trabajo. | |
| 64 | 1985 | <i>Enseñar a aprender mejor.</i> | F. Abbat |
| 65 | 1985 | <i>Lineamientos para programas de desarrollo de personal técnico medio.</i> Informe final de un grupo de trabajo. | |
| 66 | 1985 | <i>Investigación sobre personal de salud: documento básico e informe final de un grupo de consulta.</i> | |
| 67 | 1985 | <i>Función de la universidad en la estrategia de salud para todos.</i> Informe a la OMS. | |
| 68 | 1985 | <i>Nuevos enfoques en la enseñanza de la administración en salud.</i> Informe final. | |
| 69 | 1985 | <i>Formación de citotecnólogos.</i> Informe final. | |
| 70 | 1986 | <i>Participación comunitaria.</i> (Español y francés). | L. Bond |
| 71 | 1986 | <i>Normas para la educación en enfermería en una comunidad caribeña de habla inglesa.</i> Informe. | |
| 72 | 1986 | <i>Análisis prospectivo de la educación médica.</i> Documento de trabajo. | |
| 73 | 1986 | <i>ALAESP: Informe final de la XIII Reunión (Cali).</i> | |
| 74 | 1986 | <i>Catálogo inter-regional de materiales instruccionales.</i> | |
| 75 | 1987 | <i>Salud mental en el currículum de enfermería: informe de un grupo de consulta.</i> | |
| 76 | 1987 | <i>Evaluación y selección de textos y materiales instruccionales en enfermería.</i> Informe final. | |
| 77 | 1988 | <i>Investigación educacional en salud: informe de un grupo de consulta.</i> | Y. Arango |
| 78 | 1988 | <i>Serie Educación Permanente, Fascículo I: Propuesta de reorientación, principios fundamentales.</i> | Y. Arango J. Haddad |
| 79 | 1988 | <i>Serie Educación Permanente, Fascículo II: El contexto de los procesos capacitantes.</i> (Contribución de Argentina) | H. Mercer P. Brito S. Vuegen C. Vidal |
| 80 | 1989 | <i>Serie Educación Permanente, Fascículo III: Identi-</i> | Y. Arango |

CUADRO 1. Obras de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, desde su creación hasta la fecha actual (cont.).

| No. | Año | Título ^a | Autor/editor ^b |
|-----|------|---|--|
| | | <i>ficación de necesidades de aprendizaje. (Contribuciones de Colombia y México)</i> | M. Casas F. Rangel J. Álvarez Manilla J. Santacruz |
| 81 | 1989 | <i>Serie Educación Permanente, Fascículo IV: El proceso educativo. (Contribución de Brasil)</i> | A. Souza I. DosSantos E. Galvao M. A. Roschke |
| 82 | 1989 | <i>Serie Educación Permanente, Fascículo V: Monitoreo y seguimiento del aprendizaje. (Contribución de Honduras y Nicaragua)</i> | F. Canales I. Turcios J. Haddad |
| 83 | 1989 | <i>Serie Educación Permanente, Fascículo VI: Capacitación de los responsables del proceso. (Contribución de Guatemala)</i> | I. Rodas J. Quiñónez |
| 84 | 1989 | <i>Serie Educación Permanente, Fascículo VII: Bibliografía básica.</i> | |
| 85 | 1989 | <i>Serie Educación Permanente, Fascículo VIII: Grupo Regional de Consulta, informe final.</i> | |
| 86 | 1990 | <i>Serie Educación Permanente, Fascículo IX: Investigación en apoyo de los procesos educativos permanentes.</i> | C. Davini E. Pineda M. A. Roschke M. A. Sigaud |
| 87 | 1991 | <i>Serie Educación Permanente, Fascículo X: Propuestas de trabajo en contextos específicos. (Contribuciones de Bolivia y Cuba).</i> | C. Serrano R. Granados D. Gutiérrez J. González J. Oubiña J. Jardines J. Ceballos R. Aneiros M. Serrano L. Ruiz J. Ferreira J. Haddad |
| 88 | 1989 | <i>Educación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud. (Español e inglés).</i> | |
| 89 | 1990 | <i>Tendencias de la educación en enfermería para la década del 90: informe final del Grupo de Trabajo Centroamericano.</i> | |
| 90 | 1990 | <i>Gerencia y planificación prospectiva.</i> | A. Coelho-Neto |
| 91 | 1990 | <i>Análisis prospectivo de la educación en enfermería. (Edición preliminar).</i> | M. Manfredi C. Collado |
| 92 | 1991 | <i>Debates en medicina social.</i> | S. Franco E. Nunes J. Breilh C. Laurell |
| 93 | 1991 | <i>Ciencias sociales en la investigación, la formación y la práctica de enfermería: informe final de grupo de trabajo.</i> | |
| 94 | 1991 | <i>La investigación para la identificación de necesidades de aprendizaje y para el monitoreo y segui-</i> | |

CUADRO 1. Obras de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, desde su creación hasta la fecha actual (cont.).

| No. | Año | Título ^a | Autor/editor ^b |
|-----|------|---|-----------------------------|
| 95 | 1992 | <i>miento de los procesos educativos: informes de dos grupos de consulta.</i> <i>International Health: a North-South Debate.</i> (Español e inglés). | C. Godue M. I. Rodríguez |
| 96 | 1993 | <i>Planificación estratégica de recursos humanos en salud.</i> | M. Rovere |
| 97 | 1993 | <i>El papel de enfermería en el cuidado al adulto con énfasis en la promoción de la salud.</i> | |

^aVarios títulos de esta lista están agotados.

^bCuando no se especifica el nombre del autor o editor, la preparación y edición del trabajo han estado a cargo del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos directamente, de uno o más de sus funcionarios, o de grupos de trabajo convocados *ad hoc*.

Los interesados en obtener ejemplares de los números no agotados pueden dirigirse al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd Street, N.W., Washington, DC 20037, Estados Unidos de América.

Existen, además, otras publicaciones preparadas directa o indirectamente por el Programa Regional de Recursos Humanos pero que no han sido incluidas oficialmente en la Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Estas, que también se pueden obtener en la dirección indicada arriba, son las siguientes:

- Organización Panamericana de la Salud. *Estudios médicos independientes: su efecto potencial en el sistema de atención a la salud.* Washington, DC: OPS; 1986. (Publicación Científica No. 496).
- Juan César García. *La educación médica en América Latina.* Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1975. (Publicación Científica No. 265, agotada).
- Duarte Nunes E, ed. *Ciencias sociales y salud en la América Latina: tendencias y perspectivas.* Brasil: OPS/CIESU; 1986.
- Ferreira JR, Andrade J, Teruel JR, ed. *Marco de referencia para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe.* Washington, D.C.: OPS; 1985. (Publicación Científica No. 483).
- Ruiz L, Ferreira JR, ed. *La crisis de la salud pública.* Washington, D.C.: OPS; 1992. (Publicación científica No. 540).

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA COMUNITARIO DE DOCENCIA Y SERVICIO EN SALUD ORAL

William Brenes Gómez¹ y Nora Chaves Quirós²

En el presente estudio se evalúa la efectividad de un programa de docencia y servicio en salud oral que fue desarrollado en 1979 para escolares de una localidad rural de Costa Rica por la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica, en coordinación con el Programa Hospital sin Paredes y la comunidad.

Para medir la efectividad del programa y su repercusión en la población destinataria, se realizaron tres estudios de prevalencia de caries dental en distintos períodos. En el primer estudio, que se llevó a cabo en 1980 cuando el programa apenas se iniciaba, se investigaron 479 niños. La prevalencia de caries dental observada se tomó como parámetro de comparación para evaluar posteriormente los resultados obtenidos a lo largo del programa. En 1985 y 1991 se realizaron dos estudios de prevalencia adicionales, con 405 y 1 091 niños respectivamente. Los tres estudios, que se realizaron en el área de influencia del programa, permitieron identificar la prevalencia y necesidades de tratamiento en lo que respecta a la caries dental.

Al comparar los resultados entre sí y con los datos nacionales se detectaron dos tendencias epidemiológicas. En primer lugar, durante el período de 1980 a 1985 no se produjo una reducción importante del índice CPO (dientes cariados, perdidos y obturados), pero sí mejoró el estado de salud oral como resultado de la atención odontológica provista. Esta mejoría, que se manifestó en una reducción de la caries dental y del número de piezas perdidas, se debió a los tratamientos restaurativos proporcionados por el programa. El segundo período, que se extendió de 1985 a 1991, se caracterizó por una clara reducción de la incidencia de caries. El índice CPO disminuyó de 5,09 en 1985 a 2,33 en 1991. Esta reducción se debió, casi indudablemente, al programa de atención oral, ya que en 1989 se establecieron prácticas rutinarias para la prevención primaria de la caries, como la aplicación de sellantes de fosas y fisuras a todos los escolares de primer ingreso. Otro factor que contribuyó a reducir la incidencia de caries fue el mejor nivel de educación sanitaria alcanzado por la población.

¹ Instituto de Investigaciones en Salud, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

² Programa de Externado Clínico, Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

INTRODUCCION

La docencia en el servicio representa el esfuerzo conjunto de las instituciones formadoras de recursos humanos, las prestadoras de servicios y la comunidad. Su objetivo es planificar, a partir del conocimiento de la realidad concreta, sistemas de atención integral que determinen, a su vez, modelos educativos capaces de causar transformaciones sustanciales del medio y de mejorar las condiciones de salud de la colectividad (1). La Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica aplicó este criterio en 1979 al proponer la estructuración de programas de odontología comunitaria (2), innovación destinada a dar al estudiante participación en un modelo de servicio odontológico simplificado que le enseñara a adaptarse al medio valiéndose de los recursos existentes. Estos programas también buscaban desarrollar en el estudiante la capacidad de aplicar medidas preventivas en una comunidad partiendo de un concepto integral de salud, así como de comprender el papel de la estructura económica social en el proceso salud-enfermedad. Con estos fines se utilizó la estrategia de poner al estudiante a vivir en el seno de la comunidad y de hacerlo trabajar con los comités de salud locales, ayudándole de ese modo a comprender la importancia de la participación popular en los programas de salud.

La Facultad de Odontología, en coordinación con el Hospital sin Paredes y la comunidad, estableció un programa de atención integral en salud oral en los distritos del cantón de Palmares. Se definió como prioridad la población de niños de edad escolar (6 a 12 años de edad). La estrategia de atención utilizada fue el sistema incremental de salud (3). Se organizó una unidad móvil de penetración rural, que sistemáticamente visita diez escuelas al año y cubre a una población de 2 150 niños. La atención odontológica está a cargo de los estudiantes de último año de formación, quienes trabajan por períodos de seis semanas. La asistencia dental la proporcionan voluntarios de la comunidad debidamente entrenados. Todas estas actividades son supervisadas diariamente por una odontóloga de la comunidad contratada para este fin a inicios del programa.

Las funciones de la unidad móvil se dividen entre atender a los niños, procurando satisfacer todas sus necesidades odontológicas, y proveer educación en salud, poniendo énfasis en el control de placa dental, dieta adecuada, técnicas de cepillado, problemas de caries y enfermedad periodontal, usos y beneficios de fluoruros, y otros temas afines. Este proceso educativo está orientado al niño, al padre de familia, al maestro y a los líderes comunitarios. Entre las actividades rutinarias de prevención primaria figura la colocación de sellantes de fosas y fisuras en los niños de primer ingreso, práctica que se estableció hace tres años. El traslado de la unidad móvil de una escuela a otra no se realiza hasta que no se haya provisto el servicio requerido en cada centro de enseñanza y no se haya

cubierto al grupo prioritario. Esto ha permitido, en la práctica, no solamente ampliar la cobertura, sino mejorar la calidad de la atención en lo que respecta a la restauración y mantenimiento de la salud oral.

Para lograr el apoyo de la comunidad en este proceso, inicialmente se motivó al personal de los puestos de salud. También se realizaron visitas a domicilio para solicitar la colaboración de los habitantes en cuanto al hospedaje de estudiantes. Se organizaron 10 comités escolares y un comité central con las siguientes funciones: buscar financiamiento para adquirir biomateriales y equipos dentales, mantener a los estudiantes, y participar en el proceso de educación y prevención de enfermedades bucales. Con estos fines se celebraron talleres de participación popular en salud y semanas educativas para niños, maestros y padres de familia.

En el transcurso del programa no se han realizado evaluaciones que permitan apreciar los resultados obtenidos en la población, pese a que estos, junto con la formación de recursos humanos en ambientes reales, son la razón de ser de los procesos de docencia en el servicio. El objetivo de la presente investigación es medir la efectividad del programa en la población destinataria.

METODOLOGIA

Para medir la efectividad del programa se empleó el criterio de trazador (en inglés, *tracer*) definido por Kessner y Kalk (4): “un problema de salud discreto e identificable, que arroja luz sobre la forma en que funcionan las distintas partes de un sistema de atención, considerado no de manera aislada, sino en mutua interacción”. Una vez adoptado este criterio, se seleccionó como enfermedad trazadora la caries dental en dentición permanente. Las razones fueron las siguientes:

- La enfermedad es prevenible y tratable. Es decir, la evolución de la misma puede modificarse con el cuidado odontológico apropiado, lo que permite medir la efectividad de las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación del programa.
- El diagnóstico es fácil y la medición es factible usando índices estandarizados internacionalmente.
- La enfermedad se considera de alta prevalencia en la población, lo que permite su uso en procesos de evaluación con un buen nivel de confiabilidad y con muestras relativamente pequeñas.

Para identificar la efectividad de cualquier intervención es necesario definir la situación de salud (necesidad) antes y después de realizarla (5). En la presente investigación se cuenta con tres estudios de prevalencia de caries dental. En 1980 se investigaron 479 niños cuando se iniciaba el

programa, y los resultados pueden tomarse como parámetro comparativo para la evaluación del mismo. En 1985 se realizó otro estudio de prevalencia con 405 niños, y en 1991, mediante un sistema de vigilancia epidemiológica aplicada a la odontología (FOCSE), otro estudio similar en que se registraron 1 091 niños (cuadro 1). En las tres investigaciones la población estudiada se compuso de todos los niños matriculados en el primer y segundo ciclo escolar de todas las escuelas de los distritos del cantón de Palmares. En los dos primeros estudios se tomaron muestras estratificadas proporcionales en todas las escuelas del área de influencia del programa, y en el tercer estudio se usaron los datos de FOCSE, con lo que se registraron los mismos índices de los estudios anteriores. Las edades promedio en todos los estudios fueron muy similares: en el primero de 9,05 años, en el segundo de 9,13, y en el tercero de 8,77. De esta forma se evitó que la edad actuara como variable de confusión y se logró que las comparaciones obtenidas fueran más confiables.

El procedimiento aplicado para identificar los indicadores del estado de salud oral consistió en un examen clínico efectuado en las mismas escuelas por estudiantes de la Facultad de Odontología asignados al programa. Estos fueron debidamente entrenados en la recopilación de datos. Para obtener el índice de piezas cariadas, perdidas y obturadas (CPO) [según los criterios dados por el método combinado —condición de salud y necesidad de tratamiento— de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (6)] y medir la prevalencia de necesidades de tratamiento por caries dental en la dentición permanente, se sumaron las piezas cariadas y de extracción indicada.

CUADRO 1. Distribución de los estudiantes investigados, según edad, en los tres estudios realizados. Palmares, Costa Rica, 1980, 1985 y 1991.

| Edad (años) | Estudio | | |
|----------------|---------|------|-------|
| | 1980 | 1985 | 1991 |
| 5 | 5 | — | 46 |
| 6 | 55 | 45 | 161 |
| 7 | 59 | 59 | 292 |
| 8 | 67 | 59 | 199 |
| 9 | 64 | 69 | 138 |
| 10 | 80 | 58 | 164 |
| 11 | 66 | 55 | 102 |
| 12 | 63 | 40 | 112 |
| 13 | 20 | 20 | 38 |
| 14 | — | — | 10 |
| Sin dato | — | — | 40 |
| Total | 479 | 405 | 1 302 |

RESULTADOS

A inicios del programa, según los datos del estudio de prevalencia de 1980, el estado de salud oral de la población escolar medido con el índice de CPO (cuadro 2) mostró un valor medio de 6,11 para todas las escuelas. Este índice descendió a 5,09, según indica el estudio de 1985. Aunque la diferencia fue menor en cuanto a la totalidad del índice, sí se encontraron diferencias importantes en los componentes individuales del mismo (figura 1), ya que el valor medio del componente de caries bajó de 3,5 a 2,46 y el de piezas perdidas (incluidas las de extracción indicada) de 0,48 a 0,12, mientras que el valor medio del componente de piezas obturadas aumentó de 2,12 a 2,51.

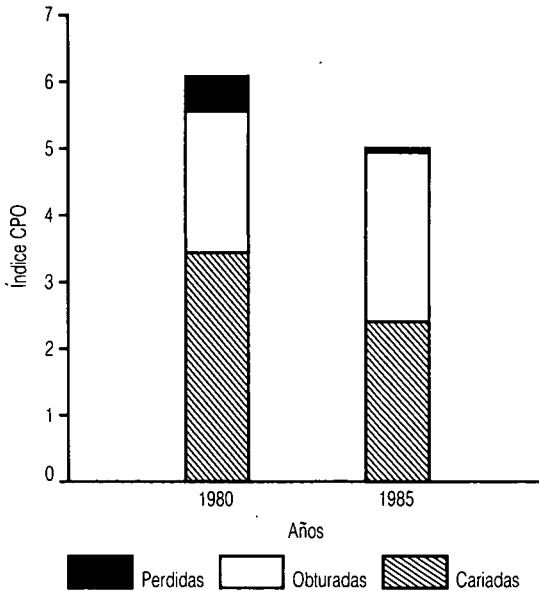
Según datos notificados por el Ministerio de Salud para todo el país, en la población escolar de las zonas rurales (7) el índice CPO mostró un valor medio de 5,5, que es muy similar al detectado por el estudio de prevalencia realizado en Palmares en 1985 (cuadro 2). Por otra parte, al comparar los componentes individuales del índice según ambas fuentes, el valor medio de caries en todo el país fue de 4,37, o prácticamente el doble del de Palmares, que fue de 2,46. Lo mismo ocurrió con el componente de piezas perdidas, ya que se notificó un valor medio de 0,21 en todo el país, mientras que en Palmares la prevalencia de este componente fue de 0,12. El valor del componente de piezas obturadas fue de 0,92 en el nivel nacional y 2,51 en Palmares.

Aunque no se aprecia una diferencia en el total del índice, ambas fuentes muestran un mejoramiento de la salud oral, según indican el au-

CUADRO 2. Valor medio del índice CPO en niños escolares en tres períodos (1980–1985–1991), según centro educativo de los distritos del cantón de Palmares. Costa Rica, 1980, 1985 y 1991.

| Escuelas | Índice CPO | | |
|----------------------------------|------------|------|------|
| | 1980 | 1985 | 1991 |
| Emilia Blanco (La Granja) | 5,06 | 4,86 | 2,86 |
| La Unión (Calle Vargas) | — | 6,10 | 2,52 |
| Cocaleca (Cocaleca) | — | — | 2,08 |
| Los Pinos (Los Pinos) | 7,78 | 5,32 | 2,34 |
| Pablo Alvarado (Rincón) | 4,95 | 5,59 | 2,36 |
| Joaquín L. Sancho (Buenos Aires) | 5,77 | 4,31 | 4,32 |
| Ricardo Moreno (Zaragoza) | 5,20 | 4,68 | 1,67 |
| Julia Fernández (Esquipulas) | 6,50 | 4,20 | 3,57 |
| Venancio de Oña (Santiago) | 6,31 | 5,59 | 0,78 |
| Jacinto Ávila (Candelaria) | 8,39 | 5,97 | 1,63 |
| Total | 6,11 | 5,09 | 2,33 |

FIGURA 1. Índice de CPO por componentes de los niños escolares en el área de influencia del programa de odontología comunitaria de Palmares, Costa Rica, en los periodos de 1980 y 1985.



mento de piezas obturadas y la disminución de piezas cariadas, perdidas y de extracción indicada.

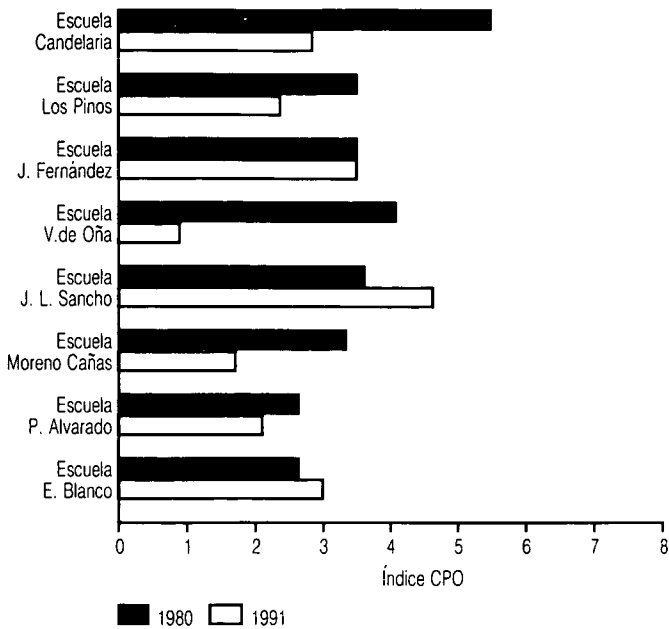
A diferencia de los datos obtenidos en los estudios anteriores, los datos procedentes del sistema de vigilancia establecido en 1991 indican una clara reducción de la incidencia de caries dental, cuyo índice descendió a 2,33 (cuadro 2). Esta tendencia se observó en todos los centros educativos.

Por otra parte, al analizar por centros educativos y durante el período de 1980 a 1991 (figura 2) el índice de necesidades de tratamiento por caries dental y piezas de extracción indicada en la dentición permanente, se observó una tendencia descendente en cinco de los ocho centros comparados. En la Escuela Julia Fernández del distrito de Esquipulas el índice se mantuvo igual. En cambio, aumentó en los centros educativos Joaquín L. Sancho del distrito de Buenos Aires y Emilia Blanco del distrito de la Granja.

DISCUSION

Al usar la caries dental como enfermedad trazadora medida con el índice CPO, se observaron dos tendencias epidemiológicas a raíz del desarrollo del programa:

FIGURA 2. Índice de necesidades de tratamiento por caries dental según centro educativo de los distritos de Palmares, Costa Rica, en los periodos de 1980 y 1991.



Durante el período de 1980 a 1985 no se detectó una importante reducción del índice CPO, aunque sí mejoró el estado de salud oral debido a la atención odontológica prestada. Esto se manifestó en una reducción de las caries dentales y de piezas perdidas como consecuencia del aumento de tratamientos restaurativos proporcionados por el programa.

La efectividad del programa en este primer período también podría tener otra explicación. En un estudio de 1984 se midieron el estado de salud oral y la accesibilidad a los servicios odontológicos (8) de un grupo de adolescentes de segunda enseñanza del Colegio de Palmares. Esta población, que en años anteriores estuvo bajo la influencia del programa, se comparó con los adolescentes del Liceo León Cortés Castro de Grecia, situado en un área similar pero sin la cobertura del programa ni del Hospital sin Paredes. El índice CPO mostró un valor medio de 13,49 en los adolescentes de Palmares, mientras que en los adolescentes de Grecia este valor medio fue de 14,52. Aunque esto no constituye una diferencia importante, al comparar los componentes individuales, el promedio de piezas dentales obturadas en Palmares fue de 6,48 y en el Colegio de Grecia de 3,80, y la prevalencia promedio de caries por estudiante fue de 7,5 en este último, mientras que en Palmares fue de 5,98.

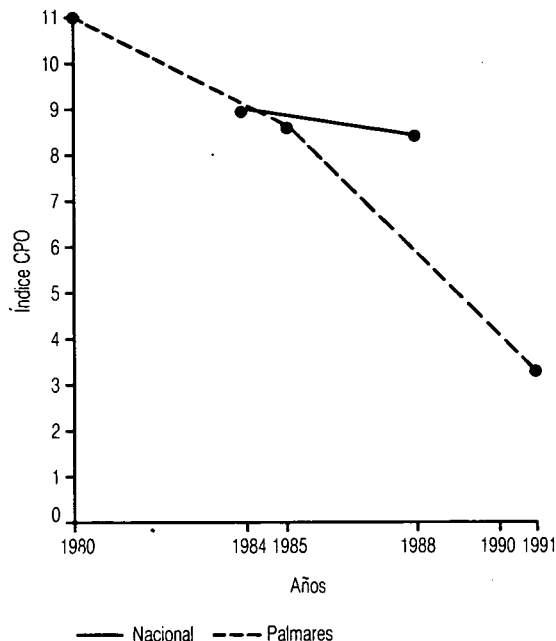
La higiene bucal, medida según el índice de higiene oral simplificado (8), dio un valor de 0,81 en los adolescentes de Palmares, y de 1,15 en los del Colegio de Grecia. Esto demostró la eficacia de las técnicas de control de placa dentaria en el primer grupo de adolescentes. Al analizar la accesibilidad a los servicios odontológicos, 64,3% de los adolescentes del Colegio de Grecia manifestaron haber recibido servicios odontológicos privados, mientras que en Palmares solo 35% habían acudido a servicios de este tipo, en tanto 28,9% habían usado el programa durante su vida escolar. Esto refleja el grado de eficacia del programa, principalmente en términos de accesibilidad y provisión de tratamiento dental.

El segundo período, que abarca de 1985 a 1991, se caracteriza por una clara reducción del índice CPO, cuyo valor desciende de 5,09 en 1985 a 2,33 en 1991 (cuadro 2). Para evitar caer en una falacia ecológica —es decir, que las diferencias detectadas en ambos períodos se deban a un tercer factor y no al programa (10), ya que la caries muestra una tendencia descendente en el mundo entero (11)— se tomaron como parámetro comparativo los valores del índice CPO calculados por el Ministerio de Salud para niños de 12 años en 1984 y 1988 (12) y los obtenidos para niños de la misma edad en los estudios de prevalencia de 1985 y 1991 en Palmares (figura 3). Mientras que se apreció una reducción notable del índice en los usuarios del programa de Palmares, la reducción en el nivel nacional fue discreta. La diferencia observada ha sido el resultado del programa, pues en sentido estricto la efectividad se refiere a la diferencia entre la situación de salud existente y la que existiría de no haberse llevado a cabo el programa.

La reducción detectada puede explicarse en términos de la introducción en 1989 de prácticas rutinarias de prevención primaria de la caries —entre ellas la aplicación de sellantes de fosas y fisuras— en todos los niños de primer ingreso escolar. Actualmente se sabe que si una pieza dental recibe este tratamiento, se reduce la incidencia de caries en 90% en un período de un año y en 65% en siete años (13). Otro aspecto que influye considerablemente en la menor incidencia de caries es el nivel de educación sanitaria alcanzado por la población, como demostró el estudio de los adolescentes.

Un estudio reciente del impacto del programa educativo (14) desarrollado por el Hospital sin Paredes (hoy Sub-Región Central de Occidente del Ministerio de Salud) mostró diferencias muy significativas en los indicadores de conocimientos en salud, al compararse los residentes (personas que habían habitado más de seis meses en el área de influencia del programa, incluida la de Palmares) con los no residentes (inmigrantes a la zona que habían habitado en ella menos de seis meses). Los residentes mostraron tener conocimientos de salud más amplios en las áreas de planificación familiar y salud de la mujer, aspectos del embarazo y parto, salud

FIGURA 3. Tendencia del índice CPO en escolares de 12 años en el área de influencia del programa de odontología comunitaria de Palmares, Costa Rica, de 1980 a 1991, comparada con la tendencia nacional notificada por el Ministerio de Salud de Costa Rica de 1984 a 1988.



● Se calculó a partir del valor medio de los grados 5 y 6 de las escuelas evaluadas.

posnatal y del niño, enfermedades crónicas y participación comunitaria. Este nivel de conocimiento se atribuye a las distintas estrategias de educación en salud, como la formación de agentes responsables de la salud, que son voluntarios de las comunidades capacitados en atención primaria; la celebración de semanas educativas en todas las comunidades, la organización de comités de salud, y otras actividades. Aunque en este estudio no se midió el conocimiento en salud oral, es indiscutible que el nivel educativo de la población estudiada ha mejorado globalmente.

En los 12 años transcurridos, la oferta de servicios ha disminuido gradualmente en términos del número de estudiantes asignados a ella. En 1991 y 1992 se llegó a tener un solo estudiante en vez de los cuatro que se habían tenido en años anteriores. Esta situación se puso de manifiesto al analizar el índice de necesidades de tratamiento (figura 2), que en dos escuelas fue superior en 1991 que en 1980. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que estas escuelas han sufrido un proceso migratorio debido a

la construcción de dos programas habitacionales que aumentaron la matrícula escolar y, por consiguiente, las necesidades de tratamiento de la escuela en relación con las de toda la población. De mantenerse esta situación, las necesidades se incrementarán, pues ellas dependen de la presencia o ausencia del tratamiento (15).

La reducción de la oferta de servicios tiene dos posibles explicaciones: la disminución sustancial del número de estudiantes en los últimos dos años de la Facultad de Odontología, que pasó de 137 en 1981 a 77 en 1991, y la reorientación del currículo de dicha facultad en 1986. El eje curricular dejó de ser la atención primaria, que fue sustituida por la oclusión dental, la medicina bucal y la prevención (16). Se redujo a la mitad del tiempo la permanencia de los estudiantes en estos programas, para que permanecieran más tiempo en las clínicas de la facultad. Otro elemento que podría haber afectado la oferta de los servicios es la eliminación de las plazas de científicos sociales que estaban asignados a estos programas. Pese a estas dificultades, el programa de docencia en el servicio ha logrado mantenerse, principalmente debido al apoyo sostenido de la comunidad organizada. A través de este fenómeno se cumple, en alguna medida, el principio de la redundancia potencial, que es la capacidad del programa de ser autogestor de su propio proceso de desarrollo.

REFERENCIAS

- 1 OFEDO, Organización Panamericana de la Salud. *Análisis prospectivo de la educación odontológica en América Latina*. Caracas, Venezuela: Gráficas Chemar; 1990.
- 2 Universidad de Costa Rica, Facultad de Odontología. Estudio preliminar de los fundamentos de un nuevo currículum. San José: Universidad de Costa Rica; 1979. [Documento mimeografiado].
- 3 Pinto V. *Saúde bucal odontologia social e preventiva*. São Paulo: Libreria Editora Santos; 1989.
- 4 Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality decay for traces. *N Engl J Med*. 1973;288(4):189-194.
- 5 Pabón H. Evaluación de los servicios de salud. Cali, Colombia: Universidad del Valle; 1985.
- 6 Organización Mundial de la Salud. Oral health surveys: basic methods. 3ª ed. Ginebra: OMS; 1987.
- 7 Costa Rica, Ministerio de Salud. *Estudio epidemiológico en niños de edad escolar*. San José: Ministerio de Salud; 1985.
- 8 Brenes W, Sosa D. Epidemiología bucal y accesibilidad a los servicios odontológicos de un grupo de adolescentes. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*. 1986;7(4):331-337.
- 9 Greene J, Vermillion J. The simplified oral index. *J Am Dent Assoc*. 1964;68:7.
- 10 Lilienfeld A, Lilienfeld D. *Fundamentos de epidemiología*. México, D.F.: Fondo Educativo Interamericano; 1983.
- 11 Diesendorf M. The mystery of declining tooth decay. *Nature*. 1986;322:125-129.
- 12 Salas M. Prevalencia de la caries dental en escolares de 12 años en Costa Rica. *Fluoruración al día*. 1991;1(1):11-14.
- 13 Corbin S. Oral disease prevention technologies for community use. *International Journal Assessment in Health Care*. 1991;7(3):327-344.

- 14 Delgado R, Méndez R, Brenes W. Evaluación del impacto del Programa de Educación para la Salud del Hospital sin Paredes. *Revista de Ciencias Sociales*. Universidad de Costa Rica (en elaboración).
- 15 Chaves M. *Odontología social*. Río de Janeiro: Artes Médicas; 1986.
- 16 Universidad de Costa Rica, Facultad de Odontología. Modificaciones al plan de estudios. San José: Universidad de Costa Rica; 1986. [Documento mimeografiado].

EVALUACION DE CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL MANEJO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA

Alejandro E. Macías Hernández,¹ Juan M. Muñoz Barrett,¹ Alma D. Gaona¹ y José Sifuentes Osornio²

Las enfermedades infecciosas constituyen, en su conjunto, los problemas más frecuentes a que puede enfrentarse el clínico. Aun en épocas de especialización y subespecialización, cada área médica debe resolver problemas infecciosos que exigen el conocimiento básico de principios comunes. En México, como en otros países en desarrollo, las enfermedades infecciosas se encuentran entre los problemas de salud pública más importantes (1). A pesar de esto, las enfermedades infecciosas reciben relativamente poca atención en las escuelas de medicina. La enseñanza de la microbiología se lleva a efecto frecuentemente solo sobre bases teóricas y con escasa orientación clínica. No es raro que el estudiante "aprenda" la microbiología clínica sin haber elaborado prácticas de laboratorio.

Esta incapacidad de las universidades para fomentar el desarrollo de actitudes y destrezas puede conducir a la graduación de médicos incapaces de resolver problemas comunes a pesar de una disciplina constante en el aprendizaje teórico (2, 4). Además, no se ha vinculado adecuadamente la enseñanza de la microbiología con la de la epidemiología, lo que explica la dificultad para distinguir la flora normal de la anormal. De

¹ Laboratorio de Microbiología, Facultad de Medicina de León, Guanajuato, México. Dirección postal: Facultad de Medicina de León, Laboratorio de Microbiología, 20 de enero 929, León, Guanajuato 37000, México.

² Laboratorio de Microbiología, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, León, Guanajuato, México.

ahí que cuando atendemos a un niño febril, con odinofagia intensa y faringe purulenta, pensamos de inmediato en una infección estreptocócica. Para establecer esta relación causal, la epidemiología tuvo que demostrar que el estreptococo beta-hemolítico se encuentra con frecuencia significativamente mayor en pacientes con faringitis que en pacientes sin ella. No todos los agentes causales se han sometido a los postulados de Koch (inoculación —inducción de enfermedad— aislamiento del germen), pues por lo general esto implica hacer estudios éticamente inaceptables. La carencia de este concepto epidemiológico fundamental hace que sea difícil comprender que el informe de *Escherichia coli* en el cultivo de un paciente con faringitis no establece una relación causal (a pesar de que *E. coli* puede ser patógena en otras circunstancias). Estas situaciones se repiten cada vez que se obtienen cultivos de muestras contaminadas por flora normal o colonizante, como cuando en un informe se indica la presencia en las heces de una gran cantidad de enterobacterias y bacilos gramnegativos no fermentadores, resultados que desorientan al clínico. En estos casos falla el conocimiento epidemiológico de este y, desde luego, del personal del laboratorio (2).

Otro problema originado por la presencia de conceptos erróneos es la lentitud con que se esperan los resultados de estudios microbiológicos. En una sencilla práctica de laboratorio se aprende que las bacterias comunes proliferan en un cultivo en 12 a 24 horas. Sin embargo, si el médico lo desconoce, en su práctica clínica obtendrá el resultado en una semana, cuando generalmente ya no tiene ninguna utilidad (5, 6).

En el presente estudio se notifican los resultados obtenidos al aplicar un cuestionario anónimo a 120 médicos recién egresados de diversas escuelas de medicina de México, para conocer cómo se procede ante las situaciones que comúnmente se asocian con las enfermedades infecciosas. Las situaciones propuestas sirvieron para evaluar, entre otras cosas, conocimientos fundamentales sobre los procedimientos de laboratorio y su importancia clínica.

MÉTODOS

Entre el primero de enero y el 30 de julio de 1991, se aplicó, en dos instituciones oficiales y una privada de la ciudad de León Guanajuato, México, un cuestionario anónimo con preguntas de selección múltiple. Se encuestaron médicos internos de pregrado y residentes de diversas especialidades que habían egresado de varias escuelas y facultades del país durante los cinco años previos al estudio. Las preguntas se formularon para evaluar tres aspectos:

- Reconocimiento de la presencia de microorganismos no patógenos en un caso propuesto. Con respecto al caso, se hicieron cuatro preguntas como la siguiente:

— Usted atiende a un escolar con faringitis. El laboratorio informa el cultivo de *Staphylococcus aureus* y estreptococos alfa-hemolíticos. Su conclusión es que:

- a) Ninguno de los dos gérmenes requiere tratamiento.
- b) Deberá tratarse el estafilococo y no el estreptococo.
- c) Deberá tratarse el estreptococo y no el estafilococo.
- d) Deben tratarse ambos microorganismos.
- e) Debe repetirse el cultivo.

El médico debió saber que ninguno de los dos microorganismos se ha relacionado epidemiológicamente con faringitis y elegir la opción *a*.

- Capacidad elemental de interpretar las pruebas serológicas. Este conocimiento se exploró con dos preguntas. He aquí un ejemplo:
— Al usar la pipeta, un técnico de laboratorio succiona accidentalmente un caldo de cultivo puro de *Salmonella typhi*. Tres días después presenta escalofríos y mal estado general. Ese día usted solicita hemocultivo, coprocultivo y reacciones de precipitación (reacciones febriles). Lo más probable es que:
 - a) El hemocultivo sea negativo.
 - b) Las reacciones febriles sean negativas.
 - c) El coprocultivo y las reacciones febriles sean positivas.
 - d) El hemocultivo y las reacciones febriles sean positivas.
 - e) El hemocultivo y el coprocultivo sean positivos.

Evidentemente, las reacciones febriles serán negativas durante la primera semana de la enfermedad, pues no ha transcurrido el período mínimo de seroconversión (10 días), por lo que se consideró correcta la respuesta *b*.

- Lapso en que se espera el resultado una vez solicitado un estudio microbiológico. Para la evaluación se efectuaron dos preguntas como la siguiente:
— Usted sospecha tuberculosis pulmonar en un paciente con expectoración sanguinolenta. Solicita baciloscopia al laboratorio. Podría solicitar el resultado en:
 - a) Menos de 6 horas
 - b) 24 a 48 horas
 - c) Tres días
 - d) Cinco días
 - e) Ninguna de las anteriores

Teñir e interpretar con la técnica de Ziehl Nielsen toma menos de 30 minutos. Se consideró correcta la respuesta *a*. Las preguntas se

distribuyeron sin un orden particular y entre ellas se intercalaron cinco preguntas convencionales para que el encuestado no intuyera el objetivo de la encuesta.

Las cifras se manejaron en porcentajes. La significación estadística de las diferencias se estableció mediante la prueba de X^2 . Se consideraron significativos los valores de p iguales o inferiores a 0,05.

RESULTADOS

Un total de 120 individuos fueron encuestados; de ellos, 78 (68%) eran residentes de distintas especialidades y 42 (32%) eran médicos internos de pregrado. Un 37% había egresado de la escuela de medicina de la localidad. En promedio, el tiempo transcurrido desde el egreso de la escuela de medicina fue de cuatro años para los residentes de posgrado y menos de un año para los internos de pregrado.

El primer punto (reconocimiento de microorganismos no patógenos a la luz del cuadro clínico presentado) se evaluó con cuatro preguntas sobre faringitis, uretritis, diarrea y colonización vaginal. Como se observa en el cuadro 1, 52% de los encuestados no acertaron en una sola pregunta. En este punto, los residentes tuvieron un número significativamente mayor de aciertos, con un promedio de 0,87 aciertos por encuestado frente a 0,36 aciertos en el caso de los internos de pregrado ($p = 0,0006$). El número total de aciertos fue de 83 (de 480 posibles).

La capacidad de evaluar las pruebas serológicas se determinó con dos preguntas sobre las pruebas de precipitación ("reacciones febriles") y el inmunoensayo enzimático (ELISA). Los resultados se muestran en el cuadro 2. Se observa que las diferencias no son estadísticamente significativas ($p = 0,628$), con un promedio de 0,74 y 0,82 aciertos entre los internos y residentes respectivamente. El total de aciertos fue de 95 (de 240 posibles).

CUADRO 1. Distribución porcentual de aciertos en el reconocimiento de microorganismos no patógenos. León Guanajuato, México, 1991.

| Aciertos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------------|------|------|------|-----|-----|
| Internos de pregrado ^a | 66,6 | 28,6 | 4,8 | 0 | 0 |
| Residentes ^b | 47,4 | 25,6 | 20,5 | 5,1 | 1,3 |
| Global | 54,2 | 26,7 | 15,0 | 3,3 | 0,8 |

$p = 0,0006$.

^a42 internos encuestados.

^b78 residentes encuestados.

CUADRO 2. Distribución porcentual de aciertos en la interpretación de pruebas serológicas. León Guanajuato, México, 1991.

| Aciertos | 0 | 1 | 2 |
|-------------------------|------|------|------|
| Internos ^a | 50,0 | 26,2 | 23,8 |
| Residentes ^b | 30,8 | 56,4 | 12,8 |
| Global | 37,5 | 45,8 | 16,7 |

$p = 0,628$.

^a42 internos encuestados.

^b78 residentes encuestados.

El tercer punto, relacionado con el tiempo que tarda un laboratorio en dar informes de cultivo, antibiograma o baciloscopia, fue evaluado mediante dos preguntas. El número total de aciertos fue de 113 (de 240 posibles), con una distribución proporcional de cerca de 50% para cada uno de los grupos ($p = 0,597$). Estos resultados se muestran en el cuadro 3.

Al evaluar el número total de encuestados frente al número total de respuestas, encontramos 291 aciertos de 960 posibles (promedio de 2,4 aciertos por encuestado, de 8 posibles): 88 en el grupo de internos y 203 en el grupo de residentes. En una escala convencional del 1 al 10 se obtuvo una calificación promedio de 2,6 para los internos y 3,2 para los residentes ($p = 0,049$).

OBSERVACIONES

Aún no se ha logrado inculcar a los estudiantes de medicina los fundamentos de la relación biológica entre el hombre y los microorganismos con que vive cotidianamente. El 88% de los médicos encuestados sugirieron dar tratamiento antimicrobiano ante la presencia de *Staphylococcus aureus* o

CUADRO 3. Distribución porcentual de aciertos en cuanto al tiempo que demoran los resultados de laboratorio. León Guanajuato, México, 1991.

| Aciertos | 0 | 1 | 2 |
|-------------------------|------|------|------|
| Internos ^a | 31,0 | 38,0 | 31,0 |
| Residentes ^b | 30,8 | 47,4 | 21,8 |
| Global | 30,8 | 44,2 | 25,0 |

$p = 0,597$.

^a42 internos encuestados.

^b78 residentes encuestados.

estreptococos alfa-hemolíticos aislados de la faringe. Una situación similar se observa en cuanto a la capacidad de *Pseudomonas aeruginosa* de producir diarrea aguda.

Al preguntar cuánto tiempo tarda el laboratorio en dar los resultados de cultivos habituales y baciloscopias, solo el 50% de los encuestados contestaron acertadamente, lo que refleja la pobre imagen que han adquirido los laboratorios de microbiología debido a su lentitud en dar respuestas orientadoras al clínico (5, 6). Es muy probable que esto también refleje la ignorancia del clínico en torno a los procedimientos habituales, como resultado de la falta de prácticas de laboratorio en las escuelas debido a factores económicos o a las actitudes de quien diseña el currículum. Si quien planea los programas de una escuela considera que el alumno no debe efectuar cultivos o tinciones, ya que el laboratorio no será su oficio, estará cometiendo este error y confunde el entrenamiento con la educación. El entrenamiento proporciona habilidades que pueden llegar a ser complejas, como es el caso de quien trabaja en un laboratorio. Por otra parte, la educación proporciona al individuo la capacidad de pensar críticamente, elaborar juicios y expresar ideas (2, 7). El alumno podrá olvidar los pasos para efectuar una baciloscopia, pero años después aún recordará que toma menos de 30 minutos. ¿Cómo justificar que casi un tercio de nuestros encuestados no esperan el resultado de la baciloscopia en menos de tres días?

Al revisar todas las respuestas, llama la atención la frecuencia de error en torno a las condiciones clínicas comunes que involucran información de laboratorio, si se considera la poca dificultad de los reactivos. Las diferencias entre los grupos de pre y posgrado pueden ser el resultado de la experiencia clínica adquirida por los segundos y de su elección de residencias en determinada especialidad. Sin embargo, cabe agregar que el mejor desempeño de los médicos residentes fue apenas significativo y no puede asegurarse que el trabajo clínico cotidiano capacite al clínico en la interpretación de procedimientos de laboratorio comunes.

Pudiera aducirse que un cuestionario no refleja fielmente las actitudes del médico, lo cual establece cierta inexactitud en la evaluación de la práctica clínica. Sin embargo, es inútil negar el hecho alarmante de que la mayoría de los encuestados propusieron dar tratamiento contra microorganismos que no eran la causa del cuadro propuesto, o de que la mayoría no supo que las reacciones serológicas detectoras de anticuerpos requieren un período de seroconversión.

Consideramos, por consiguiente, que los resultados de esta encuesta dan base a proponer que se modifique la orientación de la enseñanza de la microbiología a fin de que los futuros clínicos entiendan la relación entre el hombre y su flora habitual, la importancia de la información epidemiológica y los conceptos básicos del diagnóstico serológico, y que adquiera-

ran un mínimo de práctica en realizar los procedimientos de laboratorio habituales.

Podemos aprender algunas lecciones que son aplicables a otras áreas de la enseñanza médica, pues es muy probable que el problema de las enfermedades infecciosas refleje lo que sucede también en otros campos, como consecuencia de programas que dan énfasis al aprendizaje de memoria y a la pedagogía no participativa, sin cultivar el sentido crítico y el razonamiento (3). Algunas escuelas de medicina mexicanas han intentado abandonar el sistema flexneriano —que establece una separación tajante entre las ciencias básicas y las clínicas— con resultados aparentemente favorables (8). Desde 1973, la escuela de medicina de nuestra localidad ha intentado cambiar el sistema de Flexner por uno que dé más participación al alumno, pero el cambio hasta ahora ha suscitado resistencia, como en otros lugares (9). Algunos se resisten a acumular cada vez más información en el mismo período; esto conduce a confusión y olvido (2). Las escuelas de medicina deben considerarse lugares donde se inicia (no finaliza) el aprendizaje que guiará al médico hacia una práctica clínica eficaz. Deberán promoverse aquellas actitudes y destrezas que todo médico debe tener, sin importar la especialidad a que se dedique, incluso a costa del tiempo que se emplea para proporcionar información (2, 3).

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los doctores Gabriel Cortés, Juan Manuel Cortés y Arturo Valderrama su revisión y comentarios.

REFERENCIAS

- 1 Ruiz-Matus C, Dickinson E, Sepúlveda J, et al. Experiencia de México en el adiestramiento de personal en epidemiología aplicada. *Educ Med Salud*. 1990;24:222-236.
- 2 Tosteson DC. New pathways in general medical education. *N Engl J Med*. 1990;322:234-238.
- 3 Witte MH, Kerwin A, Witte CL, Scadron A. A curriculum on medical ignorance. *Med Educ*. 1989;23:24-29.
- 4 Jolly BC, MacDonald MM. Education for practice: the role of practical experience in undergraduate and general clinical training. *Med Educ*. 1989;23:189-195.
- 5 Bartlett RC. Medical microbiology: how fast to go—how far to go. En: Lorain, ed. *Significance of medical microbiology in the care of patients*. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins Co.; 1977:15-35.
- 6 Isenberg HD. Role of the clinical microbiologist in patient care. *ASM News*. 1989;55:544-548.
- 7 Pelczar MJ. Microbiology education: the issue of balance. *ASM News*. 1990;56:516-517.
- 8 Moreno JA, Herrero-Ricano R, Pontes-González E, et al. México: evaluación comparativa de dos planes de estudios de medicina. Seguimiento de egresados. *Educ Med Salud*. 1989;23:363-375.
- 9 Bloom SW. The medical school as a social organization: the sources of resistance to change. *Med Educ*. 1989;23:228-241.

PREFERÊNCIA POR MEDICINA GERAL EM UM CURSO DE MEDICINA: RELAÇÃO COM MUDANÇA NA AMBIÊNCIA CLÍNICA¹

Dejano T. Sobral²

INTRODUÇÃO

Diferenças substanciais e consistentes têm sido encontradas no perfil de escolha de carreira dos estudantes de diferentes escolas médicas (1-3). Essas diferenças podem ser atribuídas às características diversas do alunato das escolas, mas podem refletir, também, influências marcantes dos programas de treinamento bem como peculiaridades do mercado de trabalho locorregional.

As características do alunato relacionadas à escolha de carreira no campo da Medicina incluem variáveis sócio-demográficas (v.g., sexo, nível sócio-econômico e tamanho da comunidade de origem) bem como fatores de personalidade e valores pessoais. Além disso, outras tantas variáveis que influenciam a formação médica, incluindo orientação institucional, currículo vivenciado e fontes de informação, podem contribuir para o perfil da escolha (4). Algumas evidências, em particular, indicam que o programa curricular pode ajudar a manter as preferências iniciais dos alunos por carreiras de atendimento de primeira linha (5).

Os achados relativos à primeira década do curso de Medicina da Universidade de Brasília (UnB) são consistentes com as indicações supramencionadas. Observou-se um perfil diversificado de preferências por carreira. A escolha do tipo de atividade médica (confirmada no fim do curso) precedeu o início da experiência clínica em 50% dos casos. Houve, porém, incremento significativo na preferência por carreiras de atendimento primário — Medicina Geral, por exemplo — do início para o fim do curso, inferindo um efeito positivo da moldura institucional de formação médica nesse tipo de escolha (6, 7).

¹ Versão preliminar apresentada no XXIX Congresso Brasileiro de Educação Médica, em Campinas, São Paulo.

² Coordenador, Curso de Medicina, Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, C.P. 15-3031, CEP 70910 Brasília, Brasil.

Um aspecto crítico da proposta inicial do curso de Medicina Geral desta Universidade foi a utilização do primeiro hospital da comunidade de Sobradinho como ambiente clínico das práticas educativas e ações médicas de natureza individual e coletiva, traduzindo um grau de orientação comunitária invulgar para a época, e que teve considerável repercussão (8, 9). Em 1979 ocorreu a transferência do treinamento clínico do curso para o então hospital do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), situado na Asa Norte de Brasília, embora sem alteração nominal do currículo. Que impacto teria essa mudança de ambiente nas perspectivas de carreira médica dos que ingressam na Escola?

Um estudo do perfil de preferências por carreira do alunato da UnB foi realizado mediante levantamento por questionário, aplicado em turmas consecutivas antes e depois da mudança institucional. Neste trabalho examinam-se as respostas de 1 107 estudantes, considerando-se três aspectos:

- 1) distribuição de preferências antes e depois da mudança mencionada,
- 2) características do alunato quanto aos fatores de escolha de carreira e ao estilo de aprender e
- 3) relação empírica dessas características com as preferências, especialmente por Medicina Geral, nas duas etapas do levantamento.

METODOLOGIA

Sujeitos. O levantamento abrangeu turmas consecutivas de Medicina da UnB por um total de 15 coorte-anos. O número de 1 107 respondentes representa 95,7% dos alunos ao final da fase pré-clínica do curso, ao longo do estudo. Cerca de 23% haviam sido transferidos de outras escolas antes de integralizar os créditos do pré-clínico.

Procedimento. O levantamento, na forma de questionário de auto preenchimento, foi empreendido no último período letivo pré-clínico (27 meses após o ingresso) e abrangeu os aspectos descritos a seguir.

- 1) Indicação da carreira médica preferida no momento do preenchimento do questionário e na época de ingresso na Universidade, dentre uma lista que incluía várias opções identificadas, assim como resposta aberta. Essa indicação foi repetida 15 semanas depois, na amostra de 33,8% dos respondentes, para aferir a consistência das respostas.

- 2) Ordenação das influências, induzindo a principal preferência indicada, dentre quatro fatores: a) identificação empática, b) comparação dos atributos envolvidos, c) estudo de temas pertinentes e d) experiência prática de tarefas relativas a tal carreira. Os dois primeiros itens traduzem

influência apriorística ou de gosto e os últimos, influência vivenciar na indução da preferência (10).

3) Expressão da orientação preferencial no aprender, mediante preenchimento do Inventário de Estilo de Aprendizagem de Kolb (11). Esse instrumento identifica a orientação predominante na aprendizagem, segundo as dimensões Abstrato-Concreto e Ativo-Reflexivo, definindo um dentre quatro estilos: os ativos (Convergente e Acomodador) e os meditativos (Assimilador e Divergente).

Contexto. O ponto de corte, separando a primeira da segunda etapa do levantamento, foi a transferência institucional efetuada em 1979. Na primeira etapa, os alunos que ingressaram entre 1974 e 1978 tinham a perspectiva de treinamento clínico em Sobradinho, na Unidade Integrada de Saúde dessa comunidade, com possibilidade de atividades de extensão em Planaltina (12, 13). Na segunda etapa, a perspectiva dos que ingressaram entre 1979 e 1987 passou a ser de treinamento clínico em Brasília, no Hospital do INAMPS situado na Asa Norte. As atividades de orientação comunitária em Sobradinho e em Planaltina foram suspensas, embora sem alteração nominal no currículo.

Análise. As interações entre as variáveis (etapa, sexo, estilo de aprendizagem, influências percebidas e preferência principal) também foram analisadas pela estatística do qui-quadrado, fixando-se o nível de significância em $P = 0,05$.

RESULTADOS

Na ocasião da aplicação do questionário, 97,4% dos respondentes explicitaram preferência por alguma carreira médica. Para cerca de 66%, a preferência indicada era a mesma que recordavam ter ao ingressar na Universidade. O índice máximo de estabilidade retrospectiva foi de 84,4% para Medicina Geral. Além disso, a proporção dos respondentes com essa preferência era maior ao término do pré-clínico do que, em retrospecto, ao ingressar no curso.

Na amostra de reaplicação do questionário, não houve diferença significativa na distribuição de 10 categorias de preferência no intervalo de 15 semanas (qui-quadrado = 6,48; $df = 9$; $P > 0,5$; $N = 375$). Nessa parcela dos respondentes a estabilidade replicativa foi de 84,8%; para Medicina Geral, a proporção que manteve igual preferência alcançou 82,1%.

Na comparação entre o alunato da primeira e da segunda etapa do levantamento, observou-se diferença significativa no perfil de distribuição de categorias de preferência (qui-quadrado = 53,7; $df = 9$; $P < 0,001$; $N = 1\ 107$). Essa diferença é atribuível, principalmente, ao declínio

na preferência por Medicina Geral associado à elevação na preferência por subespecialidades cirúrgicas. Além da Medicina Geral, apenas Psiquiatria mostrou queda na preferência dos estudantes, de uma etapa para a outra, dentre as 10 categorias identificadas na tabela 1.

A figura 1 revela que os respondentes que ingressaram na Universidade em 1977 e em 1978 conservaram preferência elevada por Medicina Geral ao tornar a responder ao questionário 27 meses após o ingresso. Porém, verificou-se uma queda abrupta nessa preferência entre os que ingressaram em 1979, ano da mudança na ambiência clínica. Nos anos subsequentes, a tendência predominante foi de declínio.

Houve diferenças nas características do alunato antes e depois da mudança? Os resultados da comparação de cada característica entre o alunato das duas etapas aparecem resumidos na tabela 2. Entre os respondentes da segunda etapa houve menor proporção de alunos do sexo masculino (qui-quadrado = 3,1), de estilos ativos de aprendizagem (qui-quadrado = 7,1) e de indução apriorística na preferência por carreira (qui-quadrado = 4,1).

Apresentam-se, na tabela 3, os resultados específicos da comparação de fatores. Houve redução na indução apriorística, em contraposição ao aumento na indução vivencial da preferência por carreira, atri-

TABELA 1. Categorias de preferência por carreira de estudantes de Medicina da Universidade de Brasília antes e depois da mudança na ambiência de treinamento clínico (N = 1 107).

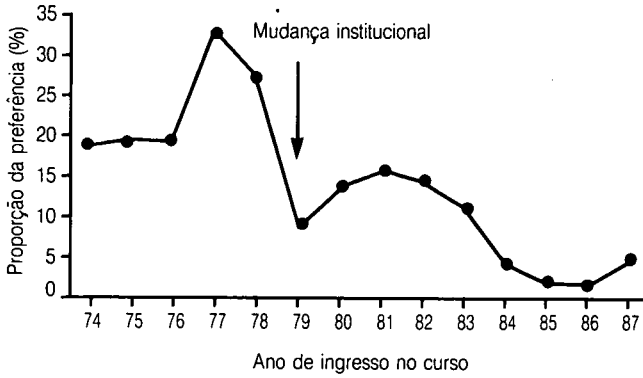
| Categorias de Preferência | Antes | | Depois | |
|--|-------|---------|--------|---------------------|
| | No. | (%) | No. | (%) |
| Medicina geral | 123 | (23,8) | 57 | (9,6) ^a |
| Clínica médica | 68 | (12,1) | 98 | (16,6) |
| Especialidades clínicas ^b | 50 | (9,6) | 74 | (12,5) |
| Pediatria | 33 | (6,3) | 45 | (7,6) |
| Cirurgia geral | 80 | (15,4) | 92 | (15,6) |
| Especialidades cirúrgicas ^c | 29 | (5,6) | 63 | (10,6) ^a |
| Obstetrícia-ginecologia | 47 | (9,1) | 55 | (9,3) |
| Psiquiatria | 29 | (5,6) | 19 | (3,2) ^a |
| Oftalmologia | 14 | (2,7) | 18 | (3,0) |
| Outras ^d | 44 | (8,5) | 69 | (11,7) |
| Total | 517 | (100,0) | 590 | (100,0) |

^a Diferenças significantes ($P < 0,05$).

^b Cardiologia, endocrinologia, neurologia, gastroenterologia, nefrologia, oncologia, pneumologia, hematologia e reumatologia, em proporções decrescentes.

^c Neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia abdominal, cirurgia plástica, ortopedia e otorrinolaringologia, em proporções decrescentes.

^d Nenhuma preferência, imunologia, saúde pública, pesquisa, patologia, dermatologia, radiologia, medicina esportiva e anestesiologia, em proporções decrescentes.

FIGURA 1. Preferência dos alunos por Medicina Geral antes e depois da mudança no ambiente de treinamento**TABELA 2. Diferenças nas características do alunato de Medicina antes e depois da mudança na ambiência de treinamento clínico.**

| Características do alunato | No. ^a | Antes | | Depois | | |
|--|------------------|-------|------|--------|------|------------|
| | | No. | % | No. | % | |
| Proporção masculina | 1 107 | 325 | 62,8 | 340 | 57,6 | $P < 0,10$ |
| Indução apriorística Da preferência ^b | 1 034 | 317 | 60,9 | 292 | 53,9 | $P < 0,05$ |
| Estilos ativos De aprendizagem ^c | 1 102 | 311 | 50,4 | 305 | 42,3 | $P < 0,01$ |

^a No. = Número total de respondentes.

^b Identificação empática + comparação de atributos.

^c Acomodadores + convergentes.

TABELA 3. Distribuição de influências predominantes na preferência por carreira antes e depois da mudança na ambiência (N = 1 034).

| Fatores | Antes | | Depois | |
|-------------------------|-------|------|--------|------|
| | No. | % | No. | % |
| Identificação empática | 196 | 18,9 | 203 | 19,6 |
| Estudo de temas | 111 | 10,7 | 109 | 10,5 |
| Comparação de atributos | 121 | 11,7 | 89 | 8,6 |
| Experiência prática | 83 | 8,0 | 122 | 11,8 |

Qui-quadrado = 12,25; $df = 3$; $P < 0,01$

TABELA 4. Razões de probabilidade (intervalo de confiança) das interações entre características do alunato de Medicina e preferência por Medicina Geral.^a

| Característica do alunato | Razões de probabilidade (intervalo de confiança) | | |
|---|--|---------------------|---------------------|
| | Antes | Depois | Total |
| Indução apriorística da preferência ^b | 2,93 (1,83–4,70) | 2,74 (1,45–5,08) | 2,98 (2,05–4,33) |
| Estilo de aprendizagem Não-assimilador ^c | 1,95 (1,20–3,15) | 1,76 (1,04–3,21) | 1,61 (1,28–2,29) |
| Sexo Masculino | 1,58 (1,02–2,45) | 1,09 (0,62–1,90) | 1,44 (1,01–2,04) |

^a Alunato: antes + depois da mudança institucional = Total.

^b Identificação empática + comparação de atributos.

^c Não-assimilador = Convergente + acomodador + divergente.

buíveis, respectivamente, ao declínio na influência da comparação de atributos e à maior influência da experiência prática de tarefas.

Observaram-se interações significantes entre as características dos estudantes e as preferências por diferentes carreiras no conjunto total do alunato levantado. A preferência por Medicina Geral, em particular, esteve associada à indução apriorística ($P < 0,001$), ao agrupamento dos três estilos de aprendizagem distintos do Assimilador — especialmente o Acomodador — ($P < 0,01$) e ao sexo masculino ($P < 0,05$).

A tabela 4 mostra o grau de associação entre a preferência por Medicina Geral e cada uma das três características dos estudantes, em termos de razão de probabilidade (“odds ratio”) e intervalo de confiança. Em cada caso, a associação entre característica e preferência é mais forte no alunato da primeira etapa do levantamento.

DISCUSSÃO

Na concepção de Ernst & Yett, segundo Woodward (10), a preferência por carreira em Medicina pode ser atribuída a fatores de gosto, vivência ou interesse econômico. Fatores de gosto incluem característica sócio-demográficas e atributos pessoais, exemplificados no caso presente por sexo e por influências apriorísticas na preferência indicada (identificação empática e comparação de atributos). Fatores de vivência correspondem à experiência de atividades pertinentes ao campo de estudo e à prática, aqui ilustrados pela atividade curricular pré-clínica e pela experiência com tarefas profissionais.

A influência institucional na determinação de carreira pode incluir, diretamente, elementos de vivência (estudos e experiência prática

específicos) bem como, indiretamente, elementos de gosto — na medida em que a imagem da instituição possa atrair indivíduos com determinadas características sócio-demográficas e atributos ou valores pessoais.

Ao longo da duração do levantamento, observou-se declínio significativo, persistente e progressivo na preferência dos estudantes por Medicina Geral. A tendência temporal observada pode ser atribuída a mudanças na composição do alunato, no currículo vivenciado ou na concepção de carreira, entre outras explicações.

Mudança na composição do alunato. Essa possibilidade baseia-se na noção de que a preferência por Medicina Geral é precoce, geralmente antecedendo o ingresso do estudante na Escola Médica. Os resultados apresentados indicam que houve alguma alteração da composição, inferida pela diminuição das proporções de estudantes de sexo masculino, de estilo Acomodador e de motivação apriorística na preferência por alguma carreira.

Três fatores podem ter contribuído para a alteração na composição do alunato: a) mudança na imagem e na orientação institucional — de comunitária para hospitalar (14, 15) — com a transferência do ambiente de treinamento clínico influenciando nos tipos de postulantes atraídos pelo curso de Medicina; b) diminuição de vagas para o curso, refletida na redução do tamanho das turmas e que poderia favorecer os postulantes com tendência mais acadêmica na competição pelo ingresso; c) alteração da própria base populacional, em conseqüência da emigração rural e do crescimento da população urbana localregional. Os resultados são compatíveis com contribuições dos três fatores. A queda abrupta da preferência por Medicina Geral no ano da transferência é consistente com o efeito imediato da imagem institucional, mas o declínio progressivo subsequente sugere um fenômeno gradual.

Mudança no currículo vivenciado. Essa possibilidade baseia-se na noção do reforço propiciado pela experiência curricular compatível com a prática médica geral. No caso, ainda que o plano curricular não tenha sido alterado, houve mudança no currículo praticado.

Dois fatores podem ter contribuído para a alteração do currículo vivenciado após a mudança institucional: a) interrupção do contato precoce com as comunidades de Sobradinho e Planaltina, proporcionado por disciplina pré-clínica; b) incremento da experiência extracurricular, em monitoria ou iniciação científica na Escola e mesmo em atividades fora da Escola (favorecidas pela proximidade de outros hospitais). A elevação na preferência por especialidades cirúrgicas, associada à indução por experiência prática, é consistente com o segundo fator.

Mudança na concepção da carreira. Essa possibilidade baseia-se na noção de que a escolha da carreira é influenciada pela informação disponível sobre a natureza da carreira e seu potencial para o estudante.

Talvez a concepção do “médico integral”, enfatizada nos primórdios da Escola, tenha sofrido modificações no transcurso do tempo, mas inexistem, ou não foram apurados, dados a respeito.

A preferência por Medicina Geral parece atribuível, em sua maior parte, a fatores de gosto, mais do que de vivência curricular, entre os alunos da UnB, a julgar pelas interações observadas. Nesse particular, os dados atuais são consistentes com indicações anteriores, relacionando a opção por Medicina Geral com a vivência prévia em comunidades pequenas (6, 7). Além disso, o acompanhamento dos egressos do curso (estudo em andamento) revela que metade ou mais dos concluintes que havia manifestado preferência por Medicina Geral fez inscrição de Residência Médica em Brasília. Essa tendência sugere a influência do fator econômico, citado por Woodward (10). A maioria desses concluintes optou, porém, por treinamento em Clínica Médica ou Pediatria.

Em suma, os resultados do levantamento mostram o perfil de preferência por carreira dos estudantes de Medicina da Universidade de Brasília. Na comparação entre a primeira e a segunda etapa do levantamento, sobressai a queda expressiva na preferência por Medicina Geral, que pôde ser atribuída a fatores que tenham reduzido a entrada de postulantes atraídos para esse campo de prática médica ou que inibiram a expressão de tal preferência após o ingresso. Por fim, cita-se a possibilidade de que a transferência da ambiência do treinamento clínico, com perda da orientação comunitária, contribuiu para o declínio progressivo da proporção de alunos com preferência por carreira em Medicina Geral.

AGRADECIMENTOS

O autor expressa sua gratidão aos colegas Maurício G. Pereira e Alice R. Rosa pelo encorajamento e pelas sugestões construtivas.

REFERÊNCIAS

- 1 Ellin, D. J., Parkhouse, H. F. e Parkhouse, J. Career preferences of doctors qualifying in the United Kingdom in 1983. *Health Trends* 18:59-63, 1986.
- 2 Parkhouse, J. e Ellin, D. J. Reasons for doctor's choices and change of choices. *Brit Med J* 296:1651-1653, 1988.
- 3 Sobral, D. T. Mudança institucional no curso de medicina da UnB: efeito na escolha de carreira. Resumo de Trabalhos. XXIX Congresso Brasileiro de Educação Médica. Campinas, São Paulo, Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM)/Universidade de Campinas (UNICAMP), 1991.
- 4 Davis, W. K., Bouhuijs, P. A. J., Dauphinee, W. D. et al. Medical career choice: current status of research literature. *Teach Learn Med* 2(3):130-138, 1990.

- 5 Carline, J. D., Cullen, T. J., Dohner, C. W. et al. Career preferences of first- and second-year medical students: the WAMI experience. *J Med Educ* 55(8):682-691, 1980.
- 6 Sobral, D. T. Formação do médico geral: o ambiente de ensino influencia? *Rev Bras Educ Med* 3(1):5-11, 1979.
- 7 Sobral, D. T. Alvos de carreira de alunos de medicina de Brasília. *Rev Bras Pesq Med Biol* 10(4):265-270, 1977.
- 8 Lobo, L. C. e Ferreira, J. R. La carrera médica en la Universidad de Brasília. *Educ Med Salud* 4(4):310-327, 1970.
- 9 Sobral, D. T. Três casos de inovação curricular no panorama recente (1966-1988) da educação médica brasileira: subsídios de um retrospecto baseado na revisão de documentos. *Rev Bras Educ Med* 15(1/3):11-17, 1991.
- 10 Woodward, C. A. Developing a research agenda on career choice in medicine. *Teach Learn Med* 2(3):139-140, 1990.
- 11 Kolb, D. *Learning Style Inventory Technical Manual* Boston, McBer Company, 1976.
- 12 Barbosa, F. A. S., Carvalho, A. G., Lavor, A. C. H. e Santana, J. F. P. Atenção à saúde e educação médica: uma experiência e uma proposição. *Educ Med Salud* 11(1):26-40, 1977.
- 13 Sobral, D. T. The Medical School of the University of Brasilia. *Med Teach* 2(5):252-256, 1980.
- 14 Harden, M. R. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. *Med Educ* 20(4):356-365, 1986.
- 15 Richards, R. e Fulop, T. *Innovative Schools for Health Personnel*. Organização Mundial da Saúde, 1987 (Publicação 102 da OMS em ofsete).

APLICACION DE UN MODELO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD ORAL CON ENFOQUE DOCENTE ASISTENCIAL

Clara Misrachi L.¹

Los resultados del análisis de la situación de la odontología en general y de la formación del odontólogo en Chile hicieron que en 1986 se planteara un proyecto para mejorar los servicios de atención primaria de la salud oral y del currículo de pregrado. El nuevo modelo de atención primaria creado con este propósito tuvo como unidad operativa principal el consultorio de salud. El grupo objetivo estuvo formado por los escolares de primeros años de la enseñanza básica. A continuación se describen el modelo y los programas implantados.

Los resultados de la evaluación del modelo indican que el componente educativo es muy costoso y que tiene la desventaja de concentrarse en un comportamiento de salud en particular: el autocuidado de la salud oral. Otra desventaja es que al estar centrado en el consultorio, el programa educativo no puede ser permanente, factor que dificulta la perpetuación de las conductas aprendidas por los escolares. Al final se determina que para lograr los propósitos deseados es necesario adoptar nuevas estrategias basadas en un modelo de promoción de la salud centrado en la comunidad escolar.

INTRODUCCION

El Proyecto Modelo de Atención Primaria en Salud Oral para Escolares a través de la integración docente-asistencial (I) nació como respuesta a la necesidad de reorientar la odontología en Chile, donde tradicionalmente la disciplina se ha dedicado a acciones curativas y de rehabilitación. En las últimas décadas la especialización en Chile ha ido cobrando más importancia y proporcionando tratamientos complejos y de alto costo a un pequeño número de habitantes. La odontología ejercida de esta forma está muy lejos de resolver las necesidades de salud oral de la población.

¹ Directora, Oficina de Educación Odontológica, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Dirección postal: Bellavista 282, Santiago, Chile.

La formación de los recursos humanos en odontología en las Universidades de Chile, Concepción y Valparaíso guarda estrecha relación con la orientación que se da a la odontología nacional. El análisis de los planes de estudio en las tres universidades en 1986 (2-4) mostró que la formación profesional se centraba en la atención individual y en el aprendizaje de acciones curativas y de rehabilitación basadas en tecnologías complejas y de alto costo. Además, la capacitación se llevaba a cabo casi exclusivamente en las salas de las escuelas dentales, lo cual daba a los estudiantes una visión muy limitada de los problemas y necesidades de la población y no les daba la oportunidad de integrarse al equipo de salud.

Por otra parte, al analizar la relación entre el currículo de formación profesional y las políticas de salud bucal del Ministerio de Salud (5), que conceden carácter prioritario a la atención de los niños, se observaron grandes discrepancias. El tiempo otorgado en los planes de estudio a preparar al alumno para la atención clínica de los niños era muy escaso comparado con el que se dedicaba a prepararlo para la atención de adultos. Del total de horas de la carrera, sin tener en cuenta el internado, los porcentajes dedicados a la atención infantil en las Universidades de Chile, Concepción y Valparaíso, respectivamente, eran de 6,3, 7,7 y 6,6. En cambio, el porcentaje de tiempo dedicado a la atención de adultos era de 59,9, 58,9 y 49,1.

En el mismo año se observó que los cursos de odontología comunitaria, en que los estudiantes realizaban algunas actividades extramurales, carecían de continuidad y que el número de horas dedicadas a ellos era extremadamente escaso y representaba 2,2%, 3,4% y 4,4% del tiempo curricular en las Universidades de Chile, Concepción y Valparaíso, respectivamente.

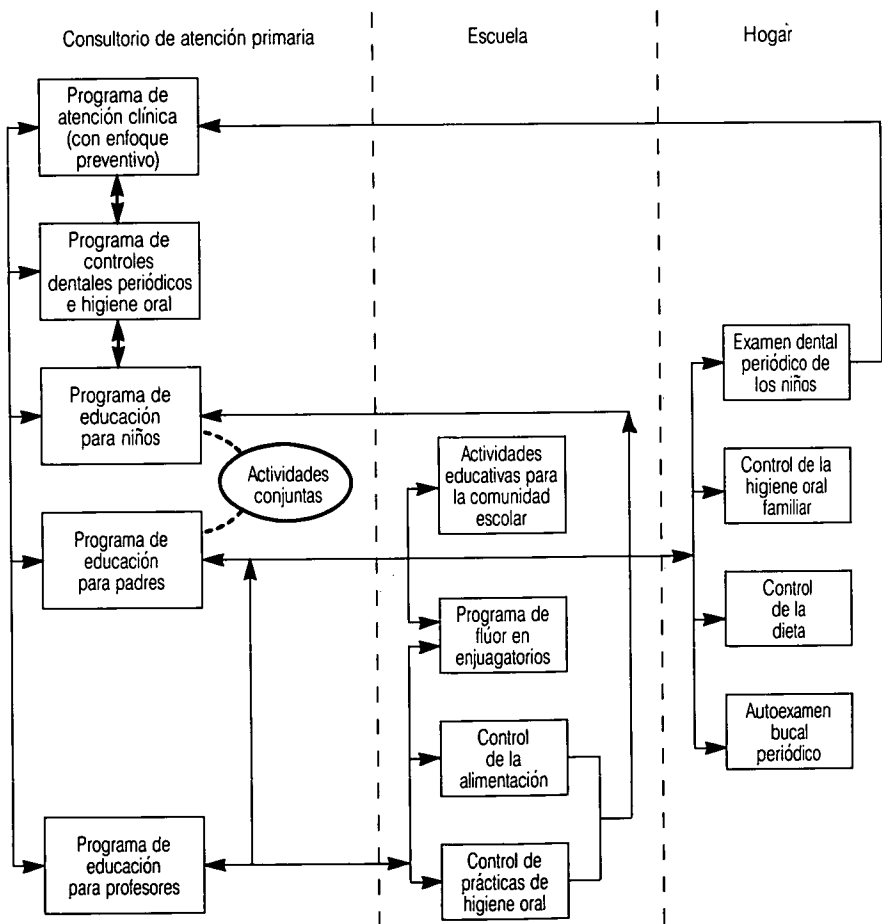
La única actividad extramural que se llevaba a cabo con regularidad tenía lugar durante el internado. En la Universidad de Chile, el internado constaba de 520 horas; en la Universidad de Valparaíso de 1 040 horas; y en la Universidad de Concepción de 740 horas. En las dos primeras el tiempo se distribuía en tres etapas: rotaciones intrahospitalarias por diferentes especialidades; asistencia a servicios de urgencia; y asistencia a consultorios de atención primaria. En la Universidad de Concepción solo un tercio de los estudiantes elegía hacer el internado en comunas rurales, y el resto se dedicaba a la investigación o al perfeccionamiento clínico en las salas de la escuela dental.

No cabe duda de que el internado constituye una rica experiencia para la formación profesional, pero los períodos de práctica en los servicios de atención primaria eran muy reducidos en comparación con los cinco años de capacitación casi exclusivamente intramural. Además, debido a la falta de una verdadera integración docente-asistencial, el internado no

había aportado cambios a los servicios de salud, los cuales seguían prestando atención de carácter eminentemente curativo.

El análisis realizado indicó que ni los programas de formación de recursos humanos ni los servicios de atención dental estaban orientados hacia las metas de la atención primaria de salud (6). Para ayudar a mejorar esta situación, en 1987 la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile formuló un Modelo de Atención Primaria en Salud Oral en el marco docente-asistencial e inició un proyecto para demostrar su factibilidad. El modelo propuesto se ilustra en la figura 1.

FIGURA 1. Modelo de atención primaria de la salud oral centrado en el consultorio.



Los propósitos y objetivos generales del proyecto fueron los siguientes:

Propósitos

- 1) Probar la factibilidad de un modelo de atención primaria en salud oral centrado en el consultorio de salud y orientado hacia padres e hijos.
- 2) Promover cambios en el currículo de formación de los odontólogos.

Objetivos generales

- 1) Desarrollar tecnologías apropiadas para la prestación de servicios dentales.
- 2) Capacitar a los estudiantes de odontología y al personal auxiliar en el uso de tecnologías apropiadas.
- 3) Conocer las creencias, actitudes y prácticas de salud oral de la población.
- 4) Desarrollar programas de educación en salud oral.

DESARROLLO DEL PROYECTO

El Proyecto se basó en tres programas básicos:

- 1) Programa de atención dental
- 2) Programa de protección específica mediante la aplicación de flúor en enjuagatorios
- 3) Programa de educación para niños, padres y profesores

Para llevar a cabo el primero y tercero de estos programas, el servicio de salud designó el espacio necesario para una clínica dental ergonómica, una sala para higiene oral y dos salas para educación en un consultorio situado en una comuna de bajos recursos. Los enjuagatorios de flúor se administraron en las escuelas. En el primer año se incluyeron en los programas 500 niños de primer año básico inscritos en ocho de las escuelas asignadas al consultorio. El programa se fue ampliando y llegó a tener una cobertura de 1 500 niños en los tres años que duró el proyecto.

PROGRAMA DE ATENCION DENTAL

Para este programa se decidió poner a funcionar el espacio asignado en el consultorio, adaptando equipo en desuso donado por la Health

and Development Foundation. Se planificó la clínica de acuerdo con el equipo disponible, de tal forma que los tratamientos se pudieran dar utilizando la técnica de trabajo a seis manos. Se diseñaron también lámparas, sillones, mesas de auxiliares y muebles clínicos que fueron fabricados localmente a un costo muy inferior al comercial. Los sillones se colocaron en forma semicircular alrededor de un mueble central con el fin de facilitar el trabajo a seis manos.

En este programa el dentista y la auxiliar eran estudiantes en período de internado y alternaban sus funciones una vez al día. Esto les permitió aprender la ejecución de todas las maniobras y adquirir la experiencia necesaria para entrenar en un futuro a sus propios auxiliares. Esta experiencia fue la primera en Chile en que estudiantes de odontología de pregrado fueron capacitados en técnica a seis manos. Los estudiantes también aprendieron a utilizar una ficha clínica simplificada que se elaboró en el proyecto para uso en el computador. De esta forma el programa clínico dio a los estudiantes la oportunidad de aprender a utilizar tecnologías aplicables en la prestación de servicios dentales.

Los internos dedicaron 84% del tiempo total del internado (458 horas) a la atención infantil, no solo a través de acciones clínicas, sino también educando a los niños y padres en materia de salud. El trabajo de los estudiantes fue supervisado por académicos de la Facultad de Odontología y por dentistas del consultorio.

Además de las investigaciones sobre la eficacia y costo del sistema desde el punto de vista de la prestación de servicios, se llevaron a cabo estudios sobre tratamientos preventivos. Entre las investigaciones importantes cabe destacar el desarrollo de aparatos de ortodoncia interceptiva de muy bajo costo (alrededor de \$US 30,00 por aparato). Esta tecnología no se aplicaba en los servicios ni se enseñaba en la escuela dental. Durante su estadía en el proyecto, los alumnos aprendieron a diagnosticar la necesidad de estos aparatos y a diseñarlos, colocarlos y manejarlos. La ortodoncia interceptiva permite prevenir afecciones dentomaxilares cuyo tratamiento es poco accesible a la población, ya sea debido a su alto costo o a la escasez de personal especializado. Otras técnicas preventivas aplicadas rutinariamente fueron los sellantes y las pulpotomías terapéuticas, las cuales no se efectuaban habitualmente en los servicios de salud.

Los niños de un mismo curso eran citados una vez a la semana en grupos de 12 cada dos horas. En el último año del proyecto se procedió a citar juntos a todos los estudiantes de un curso, acompañados de sus profesores, debido a que las faltas de asistencia, especialmente en el invierno, eran tan numerosas que hacían perder horas de sillón. Los profesores impartían sus clases regulares y dejaban un lapso de tiempo para que las auxiliares docentes cubrieran las unidades del programa educativo.

PROGRAMA DE PROTECCION ESPECIFICA MEDIANTE ENJUAGATORIOS DE FLUOR

Se efectuaron enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0,2% una vez a la semana, después de enseñar la técnica a los profesores. Antes de iniciar el programa se hizo un ensayo con demostración en todos los cursos para evaluar los problemas que podrían presentarse durante los enjuagatorios.

Este programa estuvo a cargo de los profesores y en algunas escuelas contó con la colaboración de los padres. Los profesores llevaron un registro de la asistencia al programa y de la capacidad de cada niño de retener el enjuague en la boca. Se elaboró un instrumento para evaluar cualitativamente el desarrollo del programa en cada curso. En la aplicación de este instrumento colaboraron los alumnos de internado.

PROGRAMAS DE EDUCACION

Los objetivos generales del programa de educación fueron los siguientes:

- 1) Formar hábitos de autocuidado de la salud oral en los niños, los padres y los profesores.
- 2) Motivar a los padres y profesores a reforzar en el hogar y en la escuela, respectivamente, las conductas de autocuidado de los niños y a tomar parte en actividades de difusión en la comunidad.

Para llevar el programa a la práctica se montaron dos salas de educación —una para niños y otra para padres y profesores— y una sala de higiene. El programa educativo se aplicó a cada grupo por separado, aunque padres e hijos participaron juntos en algunas actividades.

Programa de educación para niños

El programa de educación para niños se concentró principalmente en reducir el consumo de azúcar entre las comidas y en formar buenos hábitos de higiene oral. Fue llevado a la práctica por auxiliares de educación dental capacitadas en el servicio de salud según las pautas observadas en esa capacitación.

Después de hacer evaluaciones periódicas durante seis meses, se determinó que había un exceso de objetivos cognoscitivos, que las metodologías usadas no permitían la suficiente participación, y que el tiempo dedicado no era el apropiado para la edad de los niños.

Como parte del mismo proyecto también se efectuó una investigación antropológica en algunas de las madres de niños en el grupo experimental, con el fin de conocer los valores, creencias y prácticas populares en relación con la salud oral (7, 8). Esta investigación sirvió de base para establecer los objetivos del programa educativo, ya que las madres son quienes más influyen en la transmisión de los valores y normas existentes en la comunidad y, por lo tanto, era de esperar que sus creencias, actitudes y prácticas se vieran reflejadas en los niños.

Sobre la base de los resultados de las evaluaciones periódicas y del estudio de las creencias y prácticas populares se determinaron nuevos objetivos y contenidos. Se incluyó una unidad de higiene personal para situar la higiene oral dentro del marco de la salud e higiene general y mejorar la deplorable higiene personal de los niños. Gran porcentaje de estos tenían pediculosis, sarna y otras afecciones cutáneas.

Cada unidad fue evaluada en términos de contenidos, metodologías, materiales didácticos y aprendizajes logrados y, de acuerdo con los resultados, se realizaron las modificaciones correspondientes.

Después de dos años de experimentación se estableció el programa con las siguientes unidades educativas:

- 1) Higiene personal y salud
- 2) Conozcamos y cuidemos nuestra boca
- 3) Protejamos nuestros dientes y encías
- 4) Aprendamos a elegir nuestros alimentos
- 5) Examinemos nuestros dientes
- 6) ¿Qué hemos aprendido sobre la salud?

Los métodos aplicados se basaron en la participación activa de los niños, a quienes se indujo a expresar sus emociones y a valorar adecuadamente determinadas situaciones y conductas. Los principales recursos utilizados fueron juegos, técnicas de simulacro, dibujos, modelado, narraciones, canciones y competencias.

Las actividades realizadas en la sala de higiene permitieron que los niños adquirieran destreza en el lavado de manos, uñas y cara y en el cepillado dental. Se estudió cuidadosamente el costo de los materiales educativos, factor que, junto con la factibilidad de reproducción, se tuvo muy en cuenta a la hora de elaborar los materiales.

Programa de educación para padres

Al cabo de dos años de experimentación se llegó a la conclusión de que los padres no podían asistir al consultorio más de tres veces semanales a recibir instrucción, debido a sus otras ocupaciones o a los gastos

de transporte. Por este motivo se elaboraron tres unidades educativas en un solo día, cada una con una duración de tres horas.

El programa tenía como objetivos enseñar a los padres el autoexamen bucal, la aplicación de técnicas de higiene oral adecuadas y otras medidas de prevención, el examen bucal de los hijos y un menor consumo de azúcares entre comidas. Las unidades se desarrollaron a través de talleres en que los asistentes debían participar activamente en el planteamiento de problemas y en la discusión de soluciones.

Se capacitó a grupos de padres voluntarios para que ayudaran en las actividades educativas. Estos grupos también participaron en actividades de educación comunitaria en las escuelas.

Programa de educación para profesores

El propósito de este programa fue lograr que los profesores participaran activamente en reforzar las conductas de autocuidado de la salud oral aprendidas por los niños y en mejorar su propia salud oral y la de su familia. Los contenidos del programa fueron similares a los del programa para padres.

Evaluación de los tres programas de educación

Los tres programas de educación fueron evaluados mediante la aplicación de pruebas iniciales y finales, el registro de los índices de higiene oral de los niños, padres y profesores, y el registro de los alimentos que los niños llevaban a la escuela para colación.

La siguiente es una muestra de los resultados obtenidos en el programa de educación para niños:

| <u>Conocimientos</u> | <u>Prueba (inicial y final)</u> |
|--|-------------------------------------|
| • concepto de la placa bacteriana y su acción | $p \leq 0,001$ |
| • acción del flúor en los dientes | $p \leq 0,001$ |
| • efecto preventivo de los sellantes dentales | $p \leq 0,001$ |
| • concepto de la encía enferma | $p \leq 0,001$ |
| • características de una encía enferma | $p \leq 0,001$ |
| <u>Prácticas</u> | |
| • aumento de la frecuencia del cepillado dental | $p \leq 0,0015$ |
| • disminución del consumo de alimentos cariogénicos en la colación | $p \leq 0,05$ |

PRODUCTOS DEL PROYECTO

Capacitación de recursos humanos

Durante el período de 1987 a 1989 realizaron su internado en el Proyecto 54 estudiantes provenientes de las facultades de odontología de las Universidades de Chile y de Valparaíso. Las encuestas de opiniones administradas a los estudiantes revelan que estos aprendieron a utilizar tecnologías apropiadas durante la prestación de servicios y a administrar el sistema de atención, y que adquirieron mayor habilidad como educadores de los niños y sus padres. También asistieron al consultorio y recibieron capacitación en odontología a seis manos los alumnos de posgrado del programa de especialización en odontopediatría.

En 1988 el Proyecto inició un programa de cursos sobre la aplicación de tecnologías apropiadas en la prestación de servicios. De 1988 a 1989 el programa capacitó a 90 dentistas y a 42 auxiliares de diferentes partes del país.

Impacto en el currículo de odontología

Basada en la experiencia adquirida a través del proyecto, en 1989 la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile incluyó en el programa regular de estudios la capacitación en odontología a cuatro manos en la atención de los niños. También se incluyó esta capacitación en el programa de especialización en odontopediatría.

Impacto en la mejoría de los servicios de atención primaria

Los resultados del proyecto contribuyeron a que el programa dental del Servicio Metropolitano Sur diera mayor énfasis a las actividades clínicas de carácter preventivo. Grupos de dentistas y personal auxiliar del área recibieron capacitación en el proyecto y aprendieron a llevar a cabo estas actividades utilizando tecnologías apropiadas.

Generación de un nuevo modelo

A pesar de los buenos resultados obtenidos mediante el desarrollo de los programas descritos —atención dental, flúor en enjuagatorios y educación— la evaluación global del modelo reveló que reproducir estos programas era poco factible debido a diversos factores. Para el programa de educación se necesitaban espacios adecuados en el consultorio

de salud y personal auxiliar capacitado en educación. Tampoco era fácil lograr la participación de los padres, sobre todo en las actividades comunitarias. Por otra parte, la administración del programa de educación infantil resultaba demasiado compleja. Las actividades debían repetirse cuatro veces al día y había que vigilar que cada niño completara todas las unidades, ya que se ausentaban por períodos de media hora para asistir al tratamiento dental.

Finalmente se llegó a la conclusión de que el componente educativo del modelo era muy costoso y que tenía la desventaja de concentrarse en un solo comportamiento de salud: el autocuidado de la salud oral. Además, el programa no podía tener carácter permanente, ya que por estar centrado en el consultorio no facilitaba la perpetuación de las conductas aprendidas por los escolares. El modelo solo permitía impartir instrucción durante las actividades de control, que en ningún caso se podían efectuar a intervalos menores de un año debido al creciente número de niños que había que controlar.

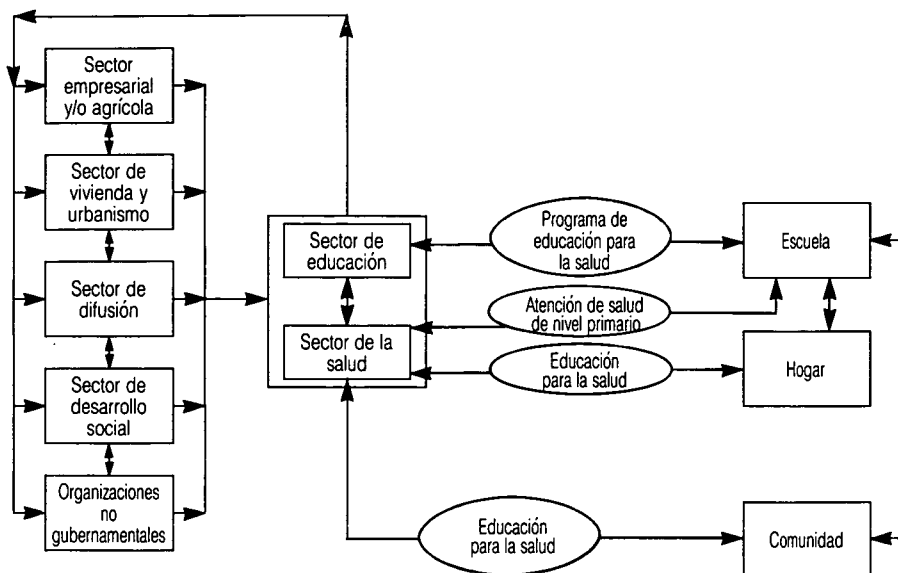
En vista de la situación planteada y de la necesidad de centrar la educación para la salud en mejorar los estilos de vida dentro del contexto de las recomendaciones establecidas en la Declaración de Alma Ata, fue necesario identificar aquellas instancias que permitieran desarrollar programas de promoción de la salud adaptados a las necesidades y posibilidades económicas locales y alcanzar, a través del trabajo en equipo multisectorial, la máxima cobertura y efectividad en lograr que los individuos, la familia y la comunidad asuman la responsabilidad de su propia salud (9).

Por las razones citadas se elaboró un modelo de promoción de salud centrado en la escuela (10, 11). Dicho modelo busca coordinar los programas de educación para la salud con los servicios de atención primaria para escolares y lograr la participación multisectorial en la gestación e implementación de los programas de educación sanitaria y de los servicios de salud (figura 2).

Según este modelo las actividades de educación para la salud se centran en la comunidad escolar, es decir, en los niños, sus padres y profesores. Se pretende que la comunidad escolar organizada emprenda actividades para promover la salud de las comunidades vecinas.

El modelo exige que los programas de educación para la salud se concentren en mejorar los estilos de vida, enfocando particularmente la salud física, mental y emocional y la salud comunitaria y ambiental. Exige, además, que el programa de educación para la salud destinado a los escolares se integre al currículo regular de la enseñanza básica, sin necesidad de un horario especial para ello, y que el programa de educación para padres y profesores sea compatible con el de los escolares. De esta manera se logra incorporar la educación para la salud oral en diversas unidades

FIGURA 2. Modelo para la promoción de la salud centrado en la comunidad escolar.



del programa, sin que constituya un programa aislado, como los que tradicionalmente se han llevado a cabo en Chile.

En marzo de 1990 se inició en una comuna urbana marginal el Programa Escolar de Educación para la Salud, el cual está integrado al currículo de la educación general básica y coordinado con los servicios de atención primaria. A través del mismo se pretende demostrar la factibilidad de un modelo de promoción de la salud centrado en la comunidad escolar.

REFERENCIAS

- 1 Misrachi C. Modelo de atención primaria en salud oral para escolares a través de la integración docente asistencial. En: Misrachi C, ed. *Resúmenes de Proyectos Red Chilena de Proyectos*. Santiago; 1989.
- 2 Universidad de Chile, Facultad de Odontología. Plan de estudios: carrera de odontología. Santiago: Universidad de Chile; 1985. (Documento en mimeógrafo).
- 3 Universidad de Concepción, Facultad de Odontología. Plan de estudios: carrera de odontología. Concepción, Chile: Universidad de Concepción; 1985. (Documento en mimeógrafo).
- 4 Universidad de Valparaíso, Facultad de Odontología. Plan de estudios: carrera de odontología. Valparaíso, Chile: Universidad de Valparaíso; 1985.
- 5 Chile, Ministerio de Salud. Programa de salud bucal. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 1985. (Documento en mimeógrafo).

- 6 Organización Mundial de la Salud. *Alma Ata 1978: atención primaria de la salud*. Ginebra: OMS; 1978. (Serie Salud para Todos No. 1).
- 7 Misrachi C, Sáez M. Valores, creencias y prácticas populares en relación a salud oral. *Cuad Med Soc*. 1989;32(2):27-33.
- 8 Misrachi C, Sáez M. Cultura popular en relación a la salud oral en sectores urbano marginales. *Enfoques en atención primaria*. 1990;5(1):13-19.
- 9 Misrachi C. Promoción de la salud a partir de la escuela: fundamentos y potencialidades. *EPAS*. 1990;7(1):12-15.
- 10 Misrachi C. Programa de educación para la salud integrado al currículo de la educación general básica, coordinado con servicios de atención primaria. Santiago: Universidad de Chile; 1990. (Documento mimeografiado).
- 11 Misrachi C. Un modelo para la promoción de la salud focalizado en la escuela y su operacionalización. *Enfoques en atención primaria*. 1990;5(4):7-14.

NOTICIAS

DEBATES SOBRE LA TEORIA Y LA PRACTICA DE LA SALUD PUBLICA

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS adelanta el proyecto de Desarrollo de la Teoría y la Práctica de la Salud Pública en la Región de las Américas, según se ha informado anteriormente. Uno de los componentes del proyecto es la celebración de reuniones de expertos y de grupos de consulta, así como debates regionales, subregionales, nacionales o institucionales para tratar la cuestión. Se pretende de esta forma contribuir a "ampliar la conciencia científica y política sobre la actual crisis de la salud pública, aumentar la especificidad e idoneidad de las aproximaciones a la situación y tendencias de la salud pública en el continente, o avanzar en la definición de las estrategias para superar las áreas de dificultad del campo y sus vacíos teóricos, metodológicos y operativos". En este marco se han programado inicialmente tres encuentros, de los cuales el primero tuvo lugar del 29 al 31 de octubre de 1992 en Tegucigalpa, Honduras. Se trató de una reunión centroamericana sobre el tema cuya finalidad fue aproximarse colectivamente a la situación y tendencias de la salud pública en la subregión, identificar necesidades o vacíos existentes con objeto de orientar su desarrollo teórico-metodológico y su aplicación operativa, generar sugerencias sobre otras estrategias posibles, y obtener más información para revisar la postura de la OPS/OMS frente al problema.

Participaron alrededor de 30 funcionarios de los ministerios de salud, universidades y escuelas de salud pública de los seis países centroamericanos y de la República Dominicana, así como funcionarios de la OPS. A través de reuniones plenarias y de grupos, los participantes analizaron la situación actual de la teoría y práctica de la salud pública en la subregión desde diferentes perspectivas "no excluyentes sino más bien complementarias: desde la universidad como campo de profesionalización, desde los servicios como quehacer del estado, y desde una perspectiva más global como conjunto de esfuerzos orientados al logro de los ideales de salud de los centroamericanos". Se produjo así un amplio debate sobre la llamada crisis de la salud pública, "que debe ser entendida como parte de una crisis global del modelo económico, y de la cual el sector social no es responsable

pero sí es obligado a pagar su costo". Los procesos de modernización del sector de la salud también ocuparon la atención de los participantes. La reunión fue pródiga en lineamientos, posibilidades y opciones. En lo específico, el relato final constituye una síntesis de estrategias para el servicio, la investigación y la docencia.

El segundo encuentro, que tuvo lugar del 10 al 13 de febrero de 1993 en São Paulo, Brasil, fue patrocinado por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo. Se trató de una reunión multi-institucional para debatir sobre la teoría y la práctica de la salud pública, lo cual se logró a través de tres módulos: servicios, investigación y docencia. Cada módulo consistió en una apertura, la fijación de un marco de referencia y discusiones en grupos pequeños seguidas de discusiones en sesiones plenarias. Durante la configuración del marco de referencia, distinguidos conferenciantes abordaron temas como "La universidad y los servicios de salud", "Los aportes de la investigación al problema" y "Estrategias de docencia en salud pública", y discutieron el proceso regional promovido por la OPS.

El encuentro contó con la presencia de 40 participantes procedentes de distintas instituciones brasileñas de docencia y servicio en el área de la salud pública, así como de universidades y otras entidades afines. El relato final, que pone énfasis en las conclusiones alcanzadas, será divulgado oportunamente.

MEXICO: CONGRESOS DE MEDICINA SOCIAL

"La salud al final del milenio: desafíos y alternativas para el cambio" es el tema central del Sexto Congreso Latinoamericano y del Octavo Congreso Mundial de Medicina Social, que tendrán lugar simultáneamente en la Universidad de Guadalajara en la ciudad del mismo nombre en México, del 20 al 24 de marzo de 1994. Convocan a dichos encuentros la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, la Asociación Internacional de Políticas en Salud y la propia Universidad de Guadalajara.

El objetivo de las reuniones es "generar un espacio en donde coincidan el mayor número de profesionales de la salud y ciencias afines al pensamiento social en salud, con el propósito de analizar, confrontar e intercambiar experiencias sobre los complejos y múltiples problemas de salud que se enfrentan al final del milenio". Se pretende alcanzar este objetivo a través del debate y la exploración de diversos temas, entre ellos las perspectivas teórico-metodológicas de la medicina social, el impacto en la salud de las políticas neoliberales, población, género, grupos de edad y salud, historia, salud y sociedad, salud en las grandes urbes, condiciones de vida y salud, salud en las etnias y minorías, pobreza y salud, violencia y salud, ética y salud, cultura y salud, ciudadanía, gestión y salud.

Se realizarán cursos precongreso del 17 al 19 de marzo de 1994. La fecha límite de recepción de resúmenes es el 31 de julio de 1993. Mayores detalles e información pueden solicitarse al Comité Organizador, Domicilio Jesús Galindo y Villa 2941, Jardines de la Paz, CP 44860, Guadalajara, Jalisco, México.

BRASIL: FORMACION AVANZADA EN EPIDEMIOLOGIA

En la Universidad Federal de Bahía, el Departamento de Medicina Preventiva ha venido actuando en el área de posgrado en salud colectiva desde 1974, esencialmente a base de un Programa de Maestría en Salud Comunitaria, y posteriormente a través de una residencia en medicina social que luego sirvió para establecer un programa de salud pública con énfasis en la epidemiología. Esta larga tradición educativa ha producido una vasta experiencia en campos tales como el análisis de problemas y las políticas de salud, áreas que constituyen la base para una nueva apertura educativa en salud, que es la formación de personal en epidemiología en un nivel avanzado. Esto ha sido posible merced a un convenio de cooperación técnica entre la Universidad, el Centro Nacional de Epidemiología y la Secretaría de Salud.

En este contexto, la Universidad se propone desarrollar a partir de 1993 un amplio programa de estudios avanzados en epidemiología para cubrir las siguientes modalidades:

- Cursos de actualización, dedicados al desarrollo de temas específicos, con estructura modular y un total de 40 horas de trabajo docente. Su temática gira alrededor de aspectos básicos de la vigilancia epidemiológica, la informática, la evaluación, la epidemiología de la violencia, el control de enfermedades, la evaluación de programas de control de endemias, y otros temas;
- Cursos de perfeccionamiento, también centrados en una temática específica, con una estructura curricular intermedia y un máximo de 200 horas, en una programación modular que cubre hasta 40 días lectivos. Estos cursos tienen componentes de información en salud, enfermedades transmisibles, epidemiología en la evaluación de servicios, elaboración de proyectos de investigación, y otras áreas;
- Cursos de especialización, con temáticas ampliadas y estructura curricular definida, un total de 360 horas y una programación modular que incluye un amplio componente de metodología de la investigación epidemiológica y otro de epidemiología y planificación social;

- La maestría, cuyo plan de estudios aborda la salud como estado vital, sector de producción y campo del saber articulado a la estructura de la sociedad a través de sus instancias económicas y político-ideológicas. Sus áreas de concentración son la epidemiología y la administración y planeamiento en salud. Su duración es de dos años y medio divididos en semestres;
- El doctorado, que busca la reflexión crítica sobre el objeto y la práctica en salud colectiva, reconoce a la epidemiología como un instrumento valioso para la comprensión de los procesos de transformación de las condiciones de salud. Dura cuatro años y medio, que incluyen una disertación.

Las distintas modalidades enunciadas están dirigidas a profesionales de la salud y áreas afines. Los interesados en obtener información mas específica pueden solicitarla al Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahía, Rua Padre Feijó 29, 4o. andar Anexo II, Canela, Salvador-Bahía, Brasil, CEP 40110-170.

BRASIL: NUEVOS TEMAS PARA LA EDUCACION EN SALUD PUBLICA

A partir del año en curso, ha sido notoria la tendencia de algunas escuelas de salud pública de la Región a incorporar a sus actividades de formación de personal el manejo de asuntos relacionados con problemas e inquietudes nuevas y cada vez más pertinentes en esa área. Ejemplo de lo anterior lo constituyen tres nuevos cursos de actualización que ha ofrecido a los interesados latinoamericanos la Fundación Oswaldo Cruz, a través de la Escola Nacional de Saúde Pública con sede en Rio de Janeiro.

- Curso de actualización sobre la salud de las poblaciones indígenas — Con una duración de cinco semanas, tuvo como objetivo central proveer una visión global de los aspectos epidemiológicos, administrativos y políticos que inciden en la organización de sistemas de atención a la salud para poblaciones culturalmente diferenciadas. El curso se desarrolló a través de unidades modulares sobre la antropología de la salud y la enfermedad, la medicina tradicional, la transición epidemiológica de las poblaciones indígenas y los modelos alternativos de atención para poblaciones tribales.
- Curso de actualización en teorías ecológicas — Tuvo como propósito capacitar al personal en los conceptos y técnicas de ecología a través del estudio de las teorías ecológicas y su aplicación en salud pública, y en la gestión y monitoreo ambientales. Cubrió,

a lo largo de 16 semanas, gran variedad de temas: biogeografía, climatología, ecología energética, estrategias de vida, colonización, biología y dinámica de las poblaciones, métodos de censo y demografía, impacto de las ocupaciones en el medio ambiente, biodiversidad, y conservación de ecosistemas y de recursos naturales renovables y no renovables. El curso terminó con un ejercicio sobre los sistemas de información en ecología.

- Actualización en planeación estratégica situacional — Se organizó esta actividad con el objeto de poner al día a profesionales de dirección y a docentes e investigadores en la metodología de la planificación estratégico-situacional, partiendo de problemas que surgen en la práctica de salud. En su desarrollo se hizo hincapié en las teorías de la acción y producción social y en los conceptos de “situación” y de “momentos” (explicativo, normativo, estratégico y táctico-operacional) en el marco de la planificación estratégica. El curso tuvo una duración de dos semanas y abarcó 80 horas de trabajo y aprendizaje.

Información más detallada sobre estas y otras actividades que se realizarán en los próximos períodos académicos puede solicitarse a través de la Secretaría Académica, Escola Nacional de Saúde Pública, Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil. CEP 21041-210.

INCAP: POSGRADO EN ALIMENTACION Y NUTRICION

En un número anterior de esta revista se ha anunciado la preparación de un programa avanzado de estudios de posgrado en alimentación y nutrición que hasta hace poco ha estado planificando y organizando el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), con la colaboración de la Universidad de San Carlos. Ambas instituciones se encuentran en la Ciudad de Guatemala. También se proporcionó información sobre el apoyo que la OPS ha brindado a través del Programa Regional de Desarrollo de Recursos Humanos, a raíz de una solicitud de colaboración planteada oficialmente a dicho Programa por parte del INCAP.

En esta ocasión *Educación Médica y Salud* se complace en informar a sus lectores que la Universidad de San Carlos de Guatemala recién aprobó el plan de estudios del posgrado mencionado, los requisitos de admisión y de grado, y otras regulaciones académicas correspondientes. El programa, que tiene una amplia participación, se centra en el estudio de problemas reales en el campo de la alimentación y nutrición en Centroamérica e introduce innovaciones metodológicas para desarrollar el proceso de aprendizaje en situaciones de trabajo.

La fecha de inicio de labores será anunciada oportunamente, junto con los requisitos de admisión.

MEXICO: MAESTRIAS Y DOCTORADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

La Dirección General Académica de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México, está convocando, a través de la Coordinación General de Investigación y el posgrado en ciencias de la salud, programas avanzados en el campo educativo en salud para los próximos períodos docentes. Se incluyen los siguientes tipos de actividad en el nivel graduado:

- Maestrías en ciencias médicas — comprende programas avanzados en las cuatro grandes ramas clínicas de la medicina, y en odontología y medicina tropical;
- Maestrías en ciencias biomédicas — incluye programas en biología celular, microbiología, higiene de los alimentos y genética humana;
- Maestrías en ciencias sociomédicas, básicamente en el área de salud pública;
- Doctorado en ciencias de la salud — programa avanzado destinado a la formación de investigadores, docentes y gerentes de unidades asistenciales.

La dirección académica de estos programas está a cargo del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. La institución mencionada puede proporcionar información más detallada. Quien la desee puede solicitarla al teléfono 624-29-93 o al fax (3) 653-52-91.

LIBROS

PLANIFICACION ESTRATEGICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD¹

*Por Mario R. Rovere, Washington, D.C., OPS,
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, 1993.*

Durante los últimos tres años, la aplicación del pensamiento estratégico a la planificación de recursos humanos en salud ha sido una de las líneas prioritarias de trabajo del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS. Ello se ha traducido, como ocurre en casos similares, en encuentros que propician el debate y la reflexión en los niveles nacional e internacional en grupos pequeños o en reuniones más grandes, en la preparación de documentos que estimulan la discusión, y en el cuestionamiento de conceptos que hasta hace poco se consideraban aceptados y válidos. La prioridad asignada al tema ha sido una respuesta a la insatisfacción creciente ante los resultados poco fructíferos de los modos utilizados para "planificar" la salud en general, y los recursos humanos en particular. Se abre con este enfoque una alternativa diferente en este campo, con mejores posibilidades de ajuste a las demandas que emergen de las nuevas situaciones y realidades planteadas por el fenómeno de la salud y sus alteraciones.

La riqueza de los aportes generados en este proceso se refleja en el presente volumen de reciente aparición, que constituye la publicación 96 de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS y que es fruto del esfuerzo de uno de los funcionarios del Programa correspondiente. Demarcando su contenido, el autor define el libro como "un esfuerzo por poner al alcance del trabajador de salud un aporte teórico y metodológico que se ha hecho más y más controvertido y polémico a lo largo del tiempo,

¹ Esta y otras publicaciones de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos pueden solicitarse directamente al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Pan American Health Organization, 525 23rd Street, N.W., Washington, DC 20037, Estados Unidos de América.

y cuyas principales obras se encuentran aún lejos de ser asequibles para el no iniciado”.

La estructura de la obra permite su utilización de forma integral (de la primera a la última página), o bien por módulos, según el tema que se desee examinar. No obstante el estilo de lectura que se aplique, se preservan a lo largo de la obra la unidad e integralidad necesarias para comprender la temática, a veces un tanto compleja, del material tratado. Es más importante aún tener en cuenta la sugerencia de Rovere, quien sostiene que el aporte de la obra será mayor si se utiliza como insumo para la discusión, para el análisis compartido, para la confrontación de puntos de vista y para la búsqueda colectiva de respuesta a las interrogantes, que si se lee de forma silenciosa e individual, cosa que en este tipo de cuestiones hace más elusivas las respuestas.

El libro es rico en citas y referencias y pródigo en el suministro de esquemas y figuras que facilitan su comprensión. Se complementa con un anexo que brinda una extensa bibliografía sobre la planificación estratégica. La obra también cuenta con un prólogo de José Roberto Ferreira, impulsor y promotor de la búsqueda de nuevas respuestas a los problemas propios en el área de los recursos humanos en la Región.

PLANEACION ESTRATEGICA DE LOS RECURSOS HUMANOS

Por G. Guerin, T. Wills y J. Le Louarn, Santa Fe de Bogotá, Colombia, Editorial Legis, 1992.

El creciente interés por explorar más a fondo las posibilidades que ofrece la aplicación del pensamiento estratégico a los problemas de la planificación de recursos humanos —actividad a la que nos hemos referido a propósito del libro de Rovere reseñado en estas páginas— se confirma con la aparición, con una diferencia de muy pocos meses entre ambos, de la versión en español de otra publicación sobre este tema: *Planeación estratégica de los recursos humanos*. La obra no aborda temas de salud, sino más bien adopta un enfoque global que comprende la gerencia y gestión de los sistemas de personal, desde el punto de vista de las instituciones y las organizaciones en general. Su mayor utilidad radica probablemente en el examen de la fundamentación teórica y conceptual del problema y en la provisión de insumos para la reflexión y el debate en torno a esta cuestión que es todavía un campo en desarrollo.

A lo largo de los capítulos que integran la obra se examinan los conceptos de estrategia, análisis estratégico, decisión estratégica y maniobra estratégica, y las relaciones factor estratégico/recursos humanos, factores externos/recursos humanos y factores internos/recursos humanos, y se discuten a fondo los criterios, factores determinantes y mecanismos para elegir una estrategia y lograr situaciones de consolidación y coherencia en recursos humanos. El libro termina con una sección dedicada a la gerencia del sistema (su concepción, organización e implantación y la evaluación de los resultados y del rendimiento global). En el capítulo final se presentan conclusiones sobre “el futuro de la planeación estratégica de recursos humanos”.

La obra es producto del trabajo de la Escuela Superior de Comercio de la Universidad de París. La edición original en francés ha sido publicada por La Presse de l'Université de Montreal en 1991.

TRANSFORMACION ESTRATEGICA EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Por Daniel Purcallas, San José, Costa Rica, PASCAP, 1993.

La presente es una publicación especial de la serie de producciones bibliográficas del Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá (PASCAP). En ella se recogen el pensamiento y la creatividad del doctor Daniel Purcallas, funcionario de dicho Programa, que ha sido, “el encargado de sistematizar la experiencia y plantear una propuesta integral que ya se está aplicando en varios países de Centroamérica y en la República Dominicana....” El propio autor expresa en la introducción que, por un lado, “el libro nació de una preocupación muy concreta en el sentido de formular una propuesta metodológica que pudiese dar continuidad al ejercicio llamado análisis prospectivo, realizado en las instituciones educativas de América Latina”; y por otro, que durante la preparación de la obra y a partir de las experiencias que se fueron obteniendo, el esfuerzo se orientó hacia un objetivo diferente, el de “formular una propuesta para la transformación estratégica en recursos humanos en salud”. Dicha propuesta intenta, como explica el autor, apoyar los procesos de desarrollo de los recursos humanos para la salud en América Latina, procurando que las estrategias se orienten, entre otras cosas, hacia formas de “mejorar la utilización social de los recursos humanos en el marco de la democratización en salud expresada en la Meta de Salud para Todos”.

Los capítulos de la publicación exploran sucesivamente algunas tendencias en el área del desarrollo de recursos humanos en salud, la prospectiva, el concepto de situación-objetivo, y el instrumento para el análisis prospectivo y su construcción. Expone, al mismo tiempo, una línea de pensamiento relacionada con el reconocimiento y la formulación de problemas y la construcción de la viabilidad, y contiene un capítulo final que se titula "Gestión transformadora". El contenido se complementa, por una parte, con tres anexos —"Grupo de trabajo", "Situaciones posibles en desarrollo de recursos humanos" y "Forma de analizar resultados en base a valores promediales"— y por otra, con una amplia sección de referencias bibliográficas que sirven de sustento a las ideas propuestas.

Se pueden solicitar ejemplares de esta publicación a PASCAP, Apartado postal 942-1000, San José, Costa Rica.

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.

TENDÊNCIAS E POSSIBILIDADES DA
INVESTIGAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM
SAUDE • HEALTH ADVOCACY POST GRADUATE
EDUCATION • LA ADMINISTRACION
DEL CONOCIMIENTO COMO ORIENTACION
ESTRATEGICA DE LA OPS OMS • RECURSOS
HUMANOS EM SAUDE: REPTOS ATUAIS •
IMPLANTACION DE PROGRAMAS DE GARANTIA
DE LA CALIDAD • LA EVALUACION EN LAS
RESIDENCIAS MEDICAS MUNICIPALES •
ELABORACION DE UNA ESCALA DE CREENCIAS
SOBRE MEDICINA SOCIAL • RESEÑAS •
NOTICIAS • LIBROS

