

Educación médica y salud



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

SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

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

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

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

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

Educación médica y salud

Volumen 16, Número 1
1982

- 3 **Editorial**—Dr. Héctor R. Acuña
- Artículos**
- 5 XI Conferencia de Programas de Enseñanza de Salud Pública de América Latina y el Caribe—*Informe Final*
- 19 Descentralización de los cursos medios de salud pública—*Oscar Lobo Castellanos*
- 29 A experiência da Escola Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro com a descentralização do curso de saúde pública—*Hélio Wanderley Uchôa e Elsa Ramos Paim*
- 42 Coordinación de la enseñanza de la salud pública como especialidad con las instituciones de enseñanza de otras profesiones relacionadas—*Héctor Zuluaga Tobón y Héctor Abad Gómez*
- 53 Coordinación de la enseñanza de la salud pública con las unidades de servicio: la experiencia cubana—*Francisco Rojas Ochoa y Zoraida Amable Ambros*
- 62 Public health training programs at the University of the West Indies—*Kenneth L. Standard, Milton Pinnock, and Alla K. Kumar*
- 69 Estado actual de la enseñanza de la salud pública en Centroamérica y Panamá—*Jorge Haddad*
- Reseñas**
- 77 Taller sobre Enseñanza de Economía, Finanzas y Control de Costos de los Servicios de Salud
- Noticias**
- 88 Seminarios-Talleres sobre la Instrumentación del Plan de Acción—Salud para Todos en el Año 2000
- 89 Curso de Posgrado sobre Planificación de la Docencia Universitaria en el Area de Salud
- 90 Conferencia Internacional sobre Enseñanza de Estadística
- 91 Congreso Mundial de Psiquiatría
- 91 Nuevo Centro de Investigaciones Epidemiológicas
- 92 Enseñanza modular en la Escuela de Salud Pública de Córdoba, Argentina
- 93 Nuevo índice sobre educación en salud
- 93 Actividades del Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá (PASCCAP)
- 94 Noticias de educación en administración de salud
- 101 **Libros**

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

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

ISSN 0013-1091

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

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

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

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

Editorial

DR. HECTOR R. ACUÑA
DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Con el presente número comienza nuestra revista *Educación médica y salud* su 16° año de publicación trimestral ininterrumpida. No son pocos los avances que se han logrado en el campo de las ciencias de la salud en el período transcurrido desde que se iniciara esta publicación. Asimismo, son numerosos los fundamentos filosóficos de la educación y los enfoques del proceso de enseñanza-aprendizaje que en diversas instancias se han adoptado para tratar de formar un personal profesional, técnico y auxiliar de acuerdo con las características y las cambiantes necesidades de salud de cada uno de los países.

Pero nunca como ahora ha sido tan evidente la trascendencia que tiene en el mundo entero la capacitación y el adiestramiento en las disciplinas de la salud. En efecto, el esfuerzo en que se encuentran empeñados todos los Gobiernos para tratar de alcanzar la cobertura universal de la población con servicios de salud para el año 2000 viene a dar un énfasis singular a las actividades de desarrollo de recursos humanos en este campo.

Las Américas, en pleno desarrollo, han adoptado al respecto Estrategias Regionales y un Plan de Acción para su instrumentación que dan orientación a las actividades que es preciso cumplir para hacer frente a la problemática de salud y llevar adelante los programas correspondientes. La adopción de las medidas pertinentes para formar el personal que hace falta para desempeñar estas labores de tan alta prioridad indudablemente dará impulso a estas actividades.

Como parte de la colaboración que presta a los países para alcanzar la meta fijada, la Organización Panamericana de la Salud ha comenzado a ofrecer a partir de febrero de 1982 una serie de talleres-seminarios, en los que participan funcionarios nacionales del más alto rango, con el fin de analizar las Estrategias y el Plan de Acción, así como sus implicaciones en el nivel de decisión de los Gobiernos Miembros. El propósito principal de esta actividad es lograr una interpretación común de las Estrategias y del Plan y proporcionar conocimientos sobre los aspectos administrativos inherentes a su instrumentación. En la sección de "Noticias" del presente número de esta revista se incluye información más detallada de los talleres-seminarios.

No hay duda de que la educación—considerada como un proceso social e integrado por un conjunto de elementos que se organizan en forma eficiente y eficaz—constituye una estrategia clave en la consecución de la meta de salud para todos en el año 2000.

En ese sentido, la difusión de las experiencias que tienen lugar a nivel local, nacional e internacional en relación con la capacitación de recursos humanos en este campo adquiere una importancia extraordinaria. En efecto, el conocer oportunamente lo que se está haciendo en otros planos puede redundar ulteriormente en beneficio de la población, si se toman lecciones tanto de los éxitos como de las dificultades encontradas y, con las adaptaciones que sea del caso, se aplican en otras instancias.

Por lo tanto, deseamos aprovechar esta ocasión para invitar nuevamente a las numerosas personas e instituciones que en los países americanos se encuentran trabajando para mejorar la capacitación del personal de salud, a que colaboren con *Educación médica y salud*. Estamos convencidos de que su contribución enriquecerá las páginas de la revista y constituirá un valioso aporte en pro de la salud para todos.

XI Conferencia de Programas de Enseñanza de Salud Pública de América Latina y el Caribe

INFORME FINAL

INTRODUCCION

La XI Conferencia de Programas de Enseñanza de Salud Pública de América Latina y el Caribe tuvo lugar en Kingston, Jamaica, del 15 al 20 de noviembre de 1981, con el auspicio de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (ALAESP), la Universidad de las Indias Occidentales y la Organización Panamericana de la Salud. La lista de participantes aparece al final de este informe.

Los temas discutidos en la Conferencia fueron los siguientes: regionalización de la enseñanza de la salud pública; coordinación de los programas de enseñanza de la salud pública con otras instituciones, y cooperación entre países en la enseñanza de la salud pública.

La necesidad de elaborar una nueva estrategia para la capacitación de recursos humanos para la salud se ha puesto de manifiesto como consecuencia del análisis de los determinantes de la situación de salud en la mayoría de los países de la América Latina y del Caribe, así como de los cambios sociales, económicos y políticos que ocurren en estos países y que se reflejan en la estructura de los servicios de salud y en las políticas en este campo. La creciente demanda por servicios de salud y el reconocimiento de que importantes grupos sociales no tienen acceso a estos servicios hace necesario que los administradores examinen críticamente las necesidades de salud y la estructura de morbi-mortalidad y den respuesta a los problemas encontrados. Estas respuestas deben darse tanto a nivel de la reorganización de los servicios de salud como en los modelos de preparación y capacitación de los trabajadores de salud colectiva. Por otro lado, se considera que los recursos existentes para la formación de estos trabajadores no han sido utilizados plenamente, sea en las instituciones docentes o en las de servicios.

Ante estas circunstancias, se desea aumentar el rendimiento y elevar la calidad de la enseñanza de los trabajadores de salud colectiva en todos los niveles, ampliando a su vez las oportunidades para su formación a través

de la coordinación interinstitucional. Para esta tarea se requiere la colaboración de las escuelas de salud pública y de los departamentos de medicina preventiva y social a través de iniciativas para desarrollar programas docentes creativos e innovadores que contribuyan a alcanzar los objetivos político-sociales de disminuir las desigualdades en lo que se refiere al derecho a la salud y a las aspiraciones y expectativas de la sociedad por mejores condiciones de vida.

Este informe final representa la contribución de los participantes en la XI Conferencia para la reflexión sobre los temas en ella tratados, e incluye experiencias, análisis y sugerencias que pudieran ayudar a tomar las decisiones sobre las políticas y estrategias de formación de recursos humanos para la salud en América Latina y el Caribe.

REGIONALIZACION DE LA ENSEÑANZA DE LA SALUD PUBLICA

Los participantes consideraron necesario armonizar el criterio sobre la regionalización y la descentralización, ya que mientras la primera plantea la estructura de un sistema que provee suficiencia operativa a un área geopolítica mediante el escalonamiento de programas de complejidad creciente, la segunda considera la transferencia de responsabilidades a otro nivel, o sea como un proceso en el cual se otorgan responsabilidades y atributos para la enseñanza de la salud pública a otra institución que ya cuenta con recursos propios. Además, la descentralización implica un concepto político que lleva a la democratización de la enseñanza.

Se aceptó que la discusión se concentrara en la descentralización, ya que de lo que se trata es de transferir el desarrollo de ciertos programas de enseñanza a los niveles locales, siempre y cuando estos tengan un mínimo de recursos docentes que garanticen un proceso de enseñanza eficiente.

Se hizo hincapié en que no se debe considerar la regionalización o la descentralización como una mera estrategia educativa, ya que debe hacerse en forma integrada a la reestructuración de los servicios de salud y también adecuada a las condiciones concretas de la población. Este proceso no debe ser un ejercicio académico e intelectual decidido solo por docentes, sino que debe corresponder a la organización de un sistema que abarque diferentes niveles de capacitación y que sea también un instrumento para la planificación de servicios regionales y locales.

Las instituciones de salud pública y las otras instituciones de enseñanza especializada en salud pública conservarían los programas de alto rango

académico en el campo de la administración de la salud pública, la investigación epidemiológica y la formación de docentes.

El proceso de descentralización se justificaría en los casos en que las escuelas de salud pública o sus equivalentes se vean afectadas por una demanda tal que amenace su eficiencia académica, y cuando por razones geográficas, políticas o económicas sea más rentable el adiestramiento a nivel local que su concentración en la propia escuela del país o del extranjero. Cuando la descentralización es articulada bajo el control y la supervisión de una escuela o institución de alto nivel académico, puede considerarse, con ciertas reservas, como un acto de regionalización.

La decisión de descentralizar o regionalizar debe ser una acción racionalizada en cada país o institución y de ninguna manera una norma aplicable en todos los casos. Debe tenerse en cuenta la realidad de los diferentes países de la región.

Los programas tradicionales son tipo vertical, con una mayor proporción teórica en su estructura, y conservadores en su metodología. Su aplicación pudiera considerarse indicada en cursos muy especializados.

Los programas descentralizados, en cambio, se caracterizan por tener un mejor conocimiento de la problemática local y un contenido de mayor proporción práctica, y aun conservando los contenidos básicos de la salud pública, imprimen innovaciones al proceso de enseñanza-aprendizaje.

En las discusiones se señaló también la posibilidad de una falsa caracterización de los cursos centralizados, identificados como tradicionales, y de los descentralizados, como modernos. Asimismo, se destacó que en este proceso es importante tener en cuenta los cambios que están ocurriendo en las instituciones de salud y analizar incluso los contenidos curriculares. En este sentido, se consideró que los cursos descentralizados podrían tener contenidos diferenciados a fin de proveer capacitación técnica, permitir la actualización y ofrecer una visión crítica de la práctica de los trabajadores en salud y de su papel en la atención a la salud de la población. Este análisis crítico debe fundamentarse en una visión social, a través del análisis científico de la realidad.

Las estrategias de salud para todos en el año 2000 y los enfoques cambiantes en la organización de los programas de salud a nivel nacional están acrecentando la demanda de adiestramiento de personal, el cual no tiene que ser preparado precisamente en las escuelas de salud pública y sus equivalentes; estas, más bien, deberán enfocar sus recursos y esfuerzos a la preparación de multiplicadores de la enseñanza y a la orientación de los perfiles profesionales y laborales de los componentes del equipo de salud pública en los diversos niveles de la organización. Por otra parte, se

debe favorecer la preparación de nivel intermedio o básico en instituciones de enseñanza locales o directamente en las instituciones de servicio.

En los planes de descentralización, con o sin regionalización, es importante definir el perfil de adiestramiento necesario para los diversos niveles de personal. Con ello se evitaría el desperdicio de personal altamente preparado en niveles de subutilización, que origina una imagen distorsionada de la demanda o la utilización en niveles de alta responsabilidad de personal insuficientemente preparado.

Se señaló que, en términos generales, la formación del profesional en el pregrado en los aspectos de salud pública es deficiente, y que las instituciones que ofrecen capacitación en salud pública deben formar un tipo de profesional con capacidad de análisis de los condicionantes de los problemas de salud y conocedor de los lineamientos generales de la administración de la atención de salud. Por otro lado, la demanda creciente de las instituciones del sector por este tipo de personal determina la descentralización de la función de la enseñanza de la salud pública.

Al analizar las ventajas de la regionalización, los participantes destacaron que esta permite:

- a) formar los recursos humanos con mayor rapidez y más de acuerdo con la demanda;
- b) reducir los costos del adiestramiento y la formación de personal;
- c) evitar la "masificación" de los programas de enseñanza;
- d) producir una mejor adecuación de los programas docentes a la problemática de salud regional, y
- e) aprovechar mejor los recursos locales.

En cuanto a las limitaciones de la regionalización de la enseñanza de salud pública, que son de diversa índole, las siguientes se consideraron importantes:

- a) la extensión geográfica de algunos países;
- b) los costos de viajes, de reproducción de material, y de instalaciones;
- c) la escasez y reducida disponibilidad de personal docente;
- d) la resistencia de parte de los docentes a desplazamientos y a innovaciones;
- e) la falta de flexibilidad administrativa de las instituciones;
- f) las posibles presiones de la administración local o regional en la selección de los alumnos, los contenidos curriculares y los criterios de aprobación;
- g) los problemas de coordinación y supervisión de las actividades prácticas en los servicios.

Al reconocerse que la salud es el resultado de las condiciones generales de vida, se analizaron las implicaciones que tendrá el proceso de regiona-

lización y descentralización de la enseñanza de la salud pública en función de la meta de salud para todos en el año 2000, como parte de un esfuerzo general en todos los campos.

Por último, se hizo hincapié en que el proceso de descentralización y regionalización de la enseñanza de la salud pública es un esfuerzo organizado que debe obedecer a una adecuada planificación, en la cual las decisiones que se tomen deben tener en cuenta las características propias de cada país, que serán las que en último término determinarán la forma y oportunidad en que debe implantarse este cambio.

COORDINACION DE LOS PROGRAMAS DE ENSEÑANZA DE LA SALUD PUBLICA CON OTRAS INSTITUCIONES

La coordinación docente-asistencial se plantea como un proceso de interacción permanente entre los servicios y la docencia que debe considerar tanto las condiciones de salud del país de que se trate como los factores determinantes de las mismas. En condiciones de alta mortalidad, el mayor campo de acción está en el medio ambiente, por lo cual el enfoque debe ser multidisciplinario. En condiciones de mediana mortalidad, debe ponerse énfasis en la mejora de los servicios, por lo cual adquieren mayor importancia la equidad, la eficiencia, la oportunidad y el impacto, mediante los procesos administrativos y de gestión. En condiciones de baja mortalidad, deben tener prioridad los problemas crónicos y de naturaleza externa (accidentes y traumas). Sin embargo, se reconoció que las condiciones de salud se presentan en distinta forma en un mismo país y aun en una misma área geográfica. La enseñanza de la salud pública debe estar influenciada por estas condiciones y debe plantearse como objetivo el diagnóstico de la situación de salud y la presentación de posibles soluciones. En este diagnóstico se destacan algunos elementos, tales como los factores de riesgo, los grupos prioritarios, el tipo de daño según evitabilidad y acciones a seguir, el financiamiento, el análisis del gasto y la disponibilidad de tecnología apropiada. Asimismo, se debe incluir la interpretación de los cambios sociales, económicos y políticos que determinan la salud y la enfermedad. El proceso de coordinación docente-asistencial también está influenciado de manera importante por la organización y las tendencias de la práctica profesional. Otro elemento básico a considerar es la participación activa de la comunidad en la solución de sus problemas y la mejor utilización de sus propios recursos.

Como una importante estrategia para reforzar la coordinación docente-

asistencial se recomendó la coordinación de las escuelas y de los departamentos, que en muchas ocasiones en el mismo país no tienen mecanismos de intercambio de conocimientos y experiencias. En este sentido, es muy deseable la existencia de una asociación nacional o regional de programas de formación en salud pública.

Se recomendó además:

a) utilizar las experiencias de los proyectos de desarrollo o de salud para la enseñanza y como una oportunidad para obtener un mejor conocimiento de la realidad;

b) establecer comités docente-asistenciales, con la activa participación de personal docente y de los servicios;

c) mantener y estimular las relaciones con el estudiante y su escuela o departamento a través del tiempo por medio de reuniones periódicas y actividades de educación continua;

d) mejorar las relaciones entre los servicios y la docencia, para evitar las imágenes erróneas sobre el aislamiento de la universidad y su tendencia teórica vs. el aspecto pragmático de los servicios;

e) apoyar el personal de servicios y mantener su motivación mediante educación continua, estímulos profesionales y oportunidad de becas, y haciendo énfasis nuevamente en la importancia del recurso humano bien seleccionado y motivado para alcanzar las metas propuestas;

f) promover la utilización de los resultados de las investigaciones en salud, documentos de los servicios, informes, etc., en el proceso de enseñanza;

g) reforzar el proceso de supervisión, entendida esta como una ayuda en el análisis del desempeño y de los problemas encontrados para mejorar las condiciones del servicio.

Se destacó que la coordinación entre instituciones docentes y asistenciales es necesaria porque rebaja los costos y amplía las posibilidades de recursos (particularmente docentes y de adiestramiento) para las escuelas de salud pública y porque constituye un mecanismo de actualización del profesorado de base y de inspiración para el cambio y modernización de los programas.

La participación en investigaciones conjuntas favorece asimismo a todos los alumnos, a las instituciones participantes y, en última instancia, a la población beneficiaria.

Las estrategias recomendables para la coordinación docente-asistencial incluyen la firma de convenios en los cuales figuren compromisos tales como el pago compartido de personal docente o de servicio, estancias del personal docente en instituciones de servicio o viceversa, prestación de asesorías, realización de investigaciones conjuntas, etc. Además, es necesario lograr la participación de las instituciones docentes en otros

niveles de decisión nacionales, como las comisiones de recursos humanos de los ministerios de salud y algunas de influencia académica, como las asociaciones de escuelas formadoras de personal de salud.

Se reconoció la importancia que tiene para los programas de enseñanza de la salud pública la coordinación de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud con otras de distinto carácter docente, y se consideró la posibilidad de disponer de personal docente de otras instituciones, utilizando sistemas de contratación a tiempo parcial.

Asimismo, se destacó la necesidad de efectuar reuniones, a nivel regional o local, entre las diferentes instituciones formadoras de personal en salud pública, con el fin de conocer sus respectivos programas y recursos.

COOPERACION ENTRE PAISES EN LA ENSEÑANZA DE LA SALUD PUBLICA

Los participantes consideraron de gran importancia la cooperación técnica entre países en la formación de personal de salud pública. Se destacó que la regionalización, cuando abarca varios países, tiene mayor significado y trascendencia, ya que puede utilizar con mayor productividad programas de excelencia que se realizan en uno u otro país, sin caer en el error de crear injustificadamente programas para satisfacer demandas escasas, con recursos deficientes y de no muy buena calidad, como sucedió con la proliferación de escuelas de medicina y pudiera suceder con las escuelas de salud pública, cuya creación obedece, a veces, a razones de prestigio local más que a verdaderas necesidades.

Se discutieron las experiencias de cooperación en el Caribe de habla inglesa y en Centroamérica. Los participantes tomaron nota complacidos de las actividades del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de las Indias Occidentales, Jamaica, en relación con el adiestramiento de personal de salud pública altamente calificado procedente de 16 países del área durante 1974-1980. En efecto, durante ese período se otorgaron diplomas del curso de salud comunitaria a 98 generalistas, 34 educadores sanitarios y 11 especialistas en administración de servicios de salud y administración de hospitales.

Los participantes también tomaron nota con beneplácito de la posibilidad de que la Escuela de Salud Pública de Jamaica, que actualmente depende del Ministerio de Salud de ese país, sea incorporada a la Universidad. Fueron descritas las actividades de esta Escuela y de la Unidad de Enfermería Avanzada de la Universidad.

Los participantes expresaron gran satisfacción por las actividades de adiestramiento en salud pública en el área del Caribe y señalaron la posibilidad de mayor coordinación entre ella, incluyendo los programas de formación de personal técnico y auxiliar, bajo la coordinación del Departamento de Medicina Preventiva y Social.

Se destacó la gran influencia que han ejercido los egresados de las instituciones mencionadas en la mejora de la salud pública en el área del Caribe, como por ejemplo, en Jamaica, que en los últimos 10 años ha alcanzado reducir la mortalidad infantil hasta menos de 30 por 1,000 nacidos vivos. Se registró también con mucho interés el gran vigor y la eficiencia del adiestramiento en ese país de personal de enfermería de todo nivel, desde los 1200 trabajadores de salud de la comunidad, hasta el más alto grado académico y administrativo, en la Unidad de Enfermería Avanzada de la Universidad de las Indias Occidentales.

Se recomendó el intercambio de los resultados de estas experiencias de Jamaica con las instituciones de docencia y de servicio de otros países de América Latina.

Se agradeció de manera especial a los participantes de Jamaica su clara e iluminante presentación sobre sus actividades de adiestramiento de personal de salud pública en el área del Caribe y su hospitalidad para la realización de esta Conferencia.

Se recomendó una amplia cooperación de la Organización Panamericana de la Salud en las actividades de adiestramiento de personal de salud pública del área por parte de estas instituciones, promoviendo asimismo el intercambio de estas experiencias con los programas y escuelas miembros de ALAESP. Se reconoció la necesidad de realizar eventos que permitan profundizar las estrategias de regionalización de la enseñanza de salud pública en el Caribe.

En cuanto a los países de Centroamérica y Panamá, se destacó que durante los últimos 20 años, se han desarrollado en ellos varios programas de adiestramiento en salud pública. Pero a pesar del esfuerzo realizado por los países y la OPS y la colaboración de escuelas de otros países, la preparación del personal en salud pública continua siendo escasa en relación con las demandas existentes. Ante esta situación, los países han comprendido que existe una urgente necesidad de iniciar a corto plazo acciones que les permitan enfrentar en forma más efectiva los problemas de capacitación de recursos humanos.

El Director del Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centroamérica y Panamá (PASCCAP), con sede en San José, Costa Rica, presentó a la Conferencia un recuento de las actividades desa-

rolladas por ese programa en los países de esta área. El PASCCAP ha preparado un modelo de capacitación sobre la meta de salud para todos en el año 2000, así como una propuesta metodológica para la capacitación en atención primaria.

En Guatemala, el Centro de Estudios Superiores en Nutrición y Ciencias de la Alimentación (CESNA) del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y la Universidad de San Carlos han venido impartiendo desde 1970 un curso de posgrado en salud pública con énfasis en nutrición y atención materno-infantil, además de otras actividades de capacitación e investigación. Este programa ha servido tanto a los países centroamericanos como a otros países de la Región. Por otra parte, el INCAP y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala han desarrollado un área de práctica, constituida por el Sistema Integrado de Nutrición y Atención Primaria en Salud (SINAPS), en la que se aplica la metodología de diagnóstico, vigilancia y atención del problema nutricional utilizando tecnología apropiada de manera integrada a otras acciones de salud a nivel comunitario.

En Nicaragua, el programa de formación en salud pública es un proyecto ejecutado conjuntamente por el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma, bajo la coordinación del Departamento de Docencia Médica Superior. Tiene como objetivo formar el personal requerido por ambas instituciones en las diferentes ramas de la salud pública, definiéndose como prioritarias la administración, la epidemiología, la demografía, la investigación y la organización de la docencia en salud. El desarrollo de este programa de formación toma como eje la estructura del sistema nacional único de salud. A partir de 1983, se espera dar comienzo a la maestría en salud pública, una vez que los cuadros científicos estén completos y se hayan creado las estructuras de investigación que puedan asegurar el nivel académico necesario para la maestría.

En Panamá, el Departamento de Medicina Preventiva y Social, con la colaboración del Ministerio de Salud y de la Caja del Seguro Social, presentaron el plan de desarrollo de la maestría en salud pública, que servirá inicialmente a las necesidades de Panamá y que podrá servir como base de cooperación con los otros países del área. Entre sus objetivos básicos está la capacitación de profesionales para realizar diagnósticos de problemas de salud de la comunidad, organizar y ejecutar programas de salud y realizar investigaciones.

Por otra parte, en la República Dominicana, el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas y la División de Posgrado y

Educación Permanente de la Universidad Autónoma de Santo Domingo están organizando un programa de maestría de salud pública que tratará de analizar sus prácticas dentro de un marco de referencia que toma la totalidad social estructurada e histórica de la sociedad. La metodología trata de integrar la formación teórica con la práctica en los servicios.

Durante la Conferencia todos estos programas fueron objeto de análisis en grupos de discusión, los cuales llegaron a las siguientes conclusiones.

Ante la realidad de países pequeños que tienen una problemática de salud muy semejante, se están haciendo esfuerzos aislados para la formación de personal en salud pública, tales como la experiencia del INCAP de varios años con su programa de posgrado con énfasis en nutrición y atención materno-infantil y la posibilidad de ofrecer cursos en la República Dominicana y en Nicaragua con enfoque en administración, así como en Panamá, que se concentrará en epidemiología. PASCAP, por su parte, ha propuesto una forma de capacitar al nivel primario e intermedio, especialmente en actividades de atención primaria para contribuir a alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. La propuesta se centra en la posibilidad de coordinar esfuerzos, para lo que se requiere de la contribución de quienes tienen la experiencia necesaria para dilucidar la conveniencia de tal integración, establecer posibles limitantes y sugerir estrategias de trabajo con este fin.

Se estableció que era razonable y justificado considerar la posibilidad de estimular una mayor coordinación entre los programas del área centro-americana para la formación de personal de salud pública. Sin embargo, se señalaron algunas circunstancias desfavorables que deben ser tomadas en cuenta muy cuidadosamente.

Los países del área, aunque tienen una problemática similar y han unificado algunas de las experiencias de otros, están viviendo procesos histórico-sociales muy diferentes, en los cuales se ponen de manifiesto distintas concepciones teóricas que sustentan el adiestramiento en salud pública, lo que incidiría sobre la dificultad de establecer un contenido curricular único.

Se sugirió que, en base al compromiso de los Gobiernos de tratar de conseguir la meta propuesta en salud para el año 2000, se acepte implícitamente que a pesar de las diferencias entre los países se busque una estrategia de acuerdo con las condiciones de cada uno para llegar al mismo objetivo. Al respecto se reconoció la labor que realiza el PASCAP en Centroamérica y Panamá, la cual deberá seguir recibiendo apoyo de la OPS y de los países.

Se recordó que aunque la estrategia de atención primaria despertó ex-

pectativas, muchas veces los acuerdos formales no se han traducido en asignaciones presupuestarias para ponerla en marcha ni en políticas concretas de salud.

Otro problema señalado fue la falta de conocimiento de las necesidades de los países en cuanto al número y calidad del personal que deben formar.

Después de considerar las dificultades señaladas anteriormente, se formularon las siguientes propuestas como alternativas a considerar:

Teniendo en cuenta la heterogenidad político-social e histórica de los países del área, se sugiere que bajo la coordinación del PASCCAP se desarrolle en cada país un programa de adiestramiento para atender las necesidades del nivel primario e intermedio de acuerdo con sus propias características, lo que significaría el desarrollo de contenidos curriculares según las funciones del personal en esos niveles.

Aprovechando la experiencia de los programas en algunos países, se recomienda que se estudien estas experiencias para determinar la posibilidad de que dichos programas se constituyan como grupos de especialización en determinadas áreas del conocimiento. Sin embargo, hay una parte básica o común dentro del currículo que deberá ser impartida en cualquier país.

Se sugiere que a nivel de facultades, especialmente de medicina, se fomente la enseñanza de la salud pública en los posgrados de clínica, concediendo prioridad a la formación de futuros docentes.

Se recomienda además:

a) que la OPS brinde el apoyo necesario para la identificación de los recursos humanos especializados que contribuyan a la iniciación de estos programas;

b) la realización de convenios bilaterales o multilaterales con las universidades u otras instituciones, como el Consejo Superior Universitario de Centroamérica (CSUCA), o bien con otros organismos internacionales;

c) determinar qué cursos cortos o unidades didácticas de contenido esencialmente técnico o metodológico pueden ser impartidos en varias o todas las escuelas.

Por último, se señaló que si se intentara desarrollar otros programas de posgrado podría darse en la insuficiencia económica, pues habría que pensar en la necesidad de recursos físicos y humanos para llevarlos a cabo. Por eso, debe tenerse en cuenta la visión de conjunto del magister que habría de formarse; los compromisos contraídos con los países, y las características y necesidades de los cursos que ya se estén ofreciendo.

LISTA DE PARTICIPANTES

Argentina

- Dr. Valerio Caffer, Director, Escuela Superior de Sanidad "Dr. Ramón Carrillo", Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Santa Fe
Dr. Sixto Gerardo González, Director, Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Córdoba
Dr. Martín Vázquez Vigo, Director, Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires

Brasil

- Dr. Ernani Braga, Presidente de la ALAESP, Director, Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro
Dr. Paulo Marchiori Buss, Secretario Ejecutivo, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Rio de Janeiro
Dr. João Regazzi Gerk, Profesor Asistente, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
Dr. Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Profesor Asistente, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo
Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha, Profesor Livre Docente, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo
Dr. Luis Fernando Ferreira Silva, Secretario da ALAESP, Chefe de Departamento, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro
Dr. Sebastião Sousa e Silva, Coordenador, Mestrado em Saúde Comunitaria, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia
Dr. Benedictus Siqueira, Presidente, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Belo Horizonte, Minas Gerais
Dr. Alfredo Reis Viegas, Vice Director, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

Colombia

- Dr. Héctor Abad Gómez, Profesor, Departamento de Medicina Preventiva, Universidad de Antioquia, Medellín
Dr. Humberto Lores, Director, Programa de Administración en Salud, Universidad del Valle, Cali
Dr. Hipólito Pabón, Coordinador, Maestría en Salud Pública, Departamento de Medicina Social, Universidad del Valle, Cali
Dr. Jaime Rodríguez, Jefe, Departamento de Medicina Social, Universidad del Valle, Cali
Dr. Pablo Solano, Profesor de Medicina Preventiva, Universidad Nacional, Bogotá
Dr. Hector Zuluaga Tobón, Decano, Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín

Chile

- Dr. Ernesto Medina, Director, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago

Ecuador

- Dr. Anibal Sosa, Director, Curso de Posgrado de Salud Pública, Universidad Central de Quito, Quito

Guatemala

Dra. América de Fernández, Directora, Curso de Posgrado en Salud Pública con Énfasis en Nutrición y Maternoinfantil, INCAP, Guatemala

Jamaica

Dr. Mayorie Holding-Cobham, Department of Social and Preventive Medicine, University of the West Indies, Mona, Kingston

Dr. John Peter Figueroa, Ministry of Health, Kingston

Dr. Alla Kiran Kumar, Department of Social and Preventive Medicine, University of the West Indies, Kingston

Mrs. Syringa Marshall-Burnett, Ministry of Health, Kingston

Mr. Milton Pinnock, Department of Social and Preventive Medicine, University of the West Indies, Kingston

Dr. Kenneth L. Standard, Head, Department of Social and Preventive Medicine, University of the West Indies, Mona, Kingston

México

Dr. Eleuterio González Carbajal, Jefe, Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Dra. Asa Ebba Cristina Laurel, Coordinadora, Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, México, D.F.

Dr. Jesús Reynaga Obregón, Jefe, Unidad de Bioestadística, Departamento de Medicina Social, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Dr. Luis P. Peregrina, Director, Escuela de Salud Pública de México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, D.F.

Dr. Rodrigo González Pérez, Director, Facultad de Salud Pública, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León

Dr. Celso V. Campos, Jefe, Departamento de Epidemiología, Escuela de Salud Pública de México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, D.F.

Dr. Oscar Sepúlveda G., Director, Estudios Superiores, Escuela de Salud Pública, Unidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León

Nicaragua

Dr. Jaime René Darce Rivera, Director Nacional de Medicina Preventiva, Ministerio de Salud, Managua

Panamá

Dr. Everardo González G., Jefe, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá, Panamá

Perú

Dr. Mario León Ugarte, Director, Escuela de Salud Pública del Perú, Ministerio de Salud, Lima

Puerto Rico

Dr. Heriberto Torres, Director, Departamento de Salud Ambiental, Escuela de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico

República Dominicana

- Dr. Julio Ravelo A., Decano, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo
Dr. Guarocuya Batista del Villar, Director, División de Estudios de Posgrado y Educación Permanente, Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo

Venezuela

- Dr. Oscar Lobo Castellanos, Director, Escuela de Salud Pública, Universidad Central de Venezuela, Caracas
Dr. José Ramón Delgado S., Profesor, Escuela de Salud Pública, Universidad Central de Venezuela, Caracas
Dr. José Paulino Lobo M., Jefe, Departamento de Medicina Preventiva, Universidad de los Andes, Mérida
Dr. Antonio Romero Páez, Jefe, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Universidad del Zulia, Maracaibo, Zulia

Observadores

- Dr. Jorge Chiriboga, Director del Laboratorio de Ciencias Ambientales y Biomédicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico
Dr. Juan del Rey Calero, Director, Departamento de Epidemiología, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, España
Dr. Michael K. Gemmell, Executive Director, Association of Schools of Public Health, Washington, D.C. 20005

Organización Panamericana de la Salud

- Dr. S. Paul Ehrlich, Jr., Director Adjunto
Dr. José Roberto Ferreira, Jefe, División de Recursos Humanos e Investigación
Dr. Jorge Haddad, Director del Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centroamérica y Panamá, San José, Costa Rica
Sra. Lily Hidalgo, Oficial Administrativo a cargo de servicios de secretaría, División de Recursos Humanos e Investigación
Dr. Gottlieb L. Monekosso, Representante de la OPS en Jamaica
Dr. Humberto de Moraes Novaes, Asesor Regional en Educación en Administración de Salud, División de Recursos Humanos e Investigación
Dr. Jorge Osuna, Subjefe, División de Servicios Integrados de Salud
Dr. José Romero Teruel, Jefe, Adiestramiento y Servicios de Investigación en Salud Pública, División de Recursos Humanos e Investigación

Descentralización de los cursos medios de salud pública¹

OSCAR LOBO CASTELLANOS²

ANTECEDENTES

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela fue creado el 25 de febrero de 1936, en respuesta a una demanda pública ante la difícil situación sanitaria en la cual se encontraba el país, afectado por grandes epidemias agudas así como por enfermedades crónicas de elevada prevalencia, sin que existiera ni la estructura ni la organización administrativa capaz para afrontar esos problemas.

El nuevo despacho ministerial tropezó de inmediato con el grave problema de que no existía en la nación—recién salida de una dictadura de más de 27 años de duración—un personal debidamente preparado y calificado para poder desarrollar y llevar adelante los programas de salud indispensables. Por lo tanto, desde un comienzo se reconoció la alta prioridad que tiene la formación del personal necesario, tanto profesionales como técnicos y auxiliares, para el establecimiento de servicios organizados de salud a todos los niveles.

Gracias al apoyo y colaboración de la Fundación Rockefeller, el Ministerio de Sanidad pudo iniciar el envío regular de profesionales médicos y de ingeniería a las Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos; entre 1936 y 1941, 16 profesionales venezolanos asistieron a esas Escuelas y obtuvieron el diploma correspondiente.

Sin embargo, ante la necesidad de atender otras necesidades perentorias de los servicios, hubo que organizar cursos acelerados de salud pública en el país, contando para ello con la colaboración de distinguidos sanitarios españoles a quienes la guerra civil había alejado de su patria.

En 1938 se dictó un primer curso de salud pública para médicos, de seis meses de duración, que se repitió en 1940 con una mayor extensión. En 1943, con el refuerzo de los profesionales que habían regresado de los

¹Presentado a la XI Conferencia de Programas de Enseñanza de Salud Pública de América Latina y el Caribe, Kingston, Jamaica, 15-20 de noviembre de 1981.

²Director, Escuela de Salud Pública, Universidad Central de Venezuela.

Estados Unidos, se inició un curso regular de salud pública, de un año de duración, el cual se repitió en 1944 y 1945 y se institucionalizó definitivamente en 1948 con la creación de la Sección de Preparación de Personal, dependiente de la Dirección de Salud del Ministerio, el cual asumió desde entonces la dirección de este curso anual hasta la creación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela en diciembre de 1958.

Debido a la escasez de personal docente—el cual realizaba al mismo tiempo otras actividades y desempeñaba cargos de responsabilidad en los servicios de salud—el cupo de estudiantes para esos cursos fue siempre muy reducido, no sobrepasando nunca el número de 12 y siendo aún menor en los primeros años.

Paralelamente a esos cursos orientados a la formación del personal profesional de los servicios de salud, el Ministerio creó escuelas de enfermeras y auxiliares, así como cursos para inspectores sanitarios polivalentes y otros.

CREACION DEL CURSO MEDIO DE CLINICAS SANITARIAS

Hacia 1951, las divisiones especializadas responsables de la lucha contra la tuberculosis, las enfermedades venéreas y la higiene materno-infantil, ante la imposibilidad de utilizar los escasos egresados del curso de salud pública, consideraron indispensable preparar en la forma más adecuada posible al personal médico que atendía las clínicas de prenatales, infantiles, escolares, de tuberculosis, venéreas, etc. en las unidades sanitarias y otros servicios de salud. Con ese fin, se elaboró un programa de enseñanza teórico-práctico para un curso de 16 semanas de duración. En la parte básica del curso se incluyeron nociones elementales de estadística y epidemiología, y se puso énfasis en los principios y técnicas de atención a los grupos humanos sanos, madres, niños pequeños y escolares, así como en los aspectos técnicos y clínicos de los programas de lucha contra la tuberculosis, enfermedades venéreas, lepra, etc., incluyendo la atención de las consultas para sospechosos de algunas de esas afecciones.

El curso recibió el nombre de Curso Medio de Clínicas Sanitarias, para diferenciarlo del curso más extenso y completo de salud pública, al cual se tituló Curso Superior o Curso de Magister, y del Curso Básico de Sanidad Rural de solo seis semanas de duración.

La limitación en el tiempo de duración del Curso Medio de Clínicas

Sanitarias hizo que, desde un principio, se redujera al mínimo la enseñanza teórica y se pusiera un mayor énfasis en la práctica sanitaria diaria, procurando sobre todo desarrollar en el alumno las habilidades necesarias para llevar a cabo las acciones específicas indispensables para la conducción de los programas.

El curso tuvo desde su inicio un éxito extraordinario. Por una parte, la buena selección de los estudiantes y por la otra, la alta calidad de la enseñanza práctica que recibían, dieron al curso un gran prestigio, siendo sus egresados ávidamente solicitados por los servicios y muchos de ellos llegaron a ocupar cargos administrativos de responsabilidad en servicios de salud de mayor jerarquía, para los cuales no era posible obtener egresados del Curso Superior de Salud Pública.

CAMBIOS EN LA EDUCACION MEDICA

A partir de 1960 se produjo un cambio radical en los sistemas de educación médica del país. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social llegó a un acuerdo con las universidades para ampliar y mejorar la enseñanza de la medicina preventiva en el programa de estudios de medicina. Para ello, cedió parte de su personal profesional para crear o fortalecer en todas las facultades de medicina nacionales los departamentos de medicina preventiva, de manera que pudieran influir en la formación del médico a lo largo de todo el transcurso de sus estudios, orientándolos fundamentalmente hacia el conocimiento de los problemas sanitario-sociales del país.

El nuevo médico así formado contaba como parte de su bagaje profesional con un conocimiento y una experiencia vivida en los servicios y las clínicas de salud. Eso hizo pensar en la posibilidad de ir transformando progresivamente el Curso Medio de Clínicas Sanitarias para orientarlo hacia la administración de servicios de salud a nivel intermedio, tales como centros de salud, servicios distritales, unidades sanitarias secundarias, etc., reduciendo proporcionalmente los aspectos clínicos que predominaban al comienzo.

Los departamentos de medicina preventiva—que desde un principio llevaron a cabo una intensa actividad durante todos los años de la educación médica, procurando siempre enfatizar los aspectos preventivos y sociales de las acciones médicas—se vieron pronto reforzados e incrementados por nuevos profesionales de la salud que, ante los avatares de la política, prefirieron alejarse de la acción sanitaria directa para trasladar

su experiencia y conocimientos a la docencia y formación de profesionales de la salud.

Este incremento en su personal permitió a los departamentos de medicina preventiva no solo atender en forma cada vez más completa sus compromisos docentes en la educación médica, sino también responder a las demandas y a la presión de los servicios locales de salud, que deseaban que localmente se dictaran cursos iguales o similares al Curso Medio de Salud Pública, a fin de contar con el personal profesional que requerían. Por lo tanto, se pusieron en marcha cursos de este tipo en las Universidades del Zulia y Mérida, más tarde en las de Carabobo y Centro-Occidental y, por último, en la Universidad de Oriente.

En 1973, la Escuela de Salud Pública realizó una revisión de los cursos de posgrado que venía dictando hasta entonces, el Curso Medio y el Curso Superior de Salud Pública, pensando en la conveniencia de dar a cada uno de ellos un cierto grado de especialización o un mayor énfasis en algunos campos de la práctica sanitaria mediante una diversificación de la enseñanza impartida.

De acuerdo con esa nueva orientación, los Cursos Medios de Salud Pública que venía dictando la Escuela se desarrollaron a partir de 1974 en la forma siguiente: un primer período de ocho semanas durante el cual se estudian las materias básicas (estadística, epidemiología, administración sanitaria, saneamiento, ciencias sociales y nutrición), y un segundo período, también de ocho semanas, pero subdividido en dos lapsos de cuatro semanas cada uno, en los cuales se trata de desarrollar con mayor profundidad los conocimientos y habilidades de los estudiantes en materias directamente referidas a servicios administrativamente especializados de la práctica sanitaria (como son los de hospitales, la epidemiología, etc.) y dedicando las cuatro últimas semanas a pasantías "de terreno" en los servicios de salud correspondientes.

Las especialidades incluidas en los Cursos Medios diversificados fueron: administración sanitaria general, atención médica hospitalaria, epidemiología, odontología sanitaria y nutrición.

La pasantía de terreno fue concebida como la práctica y la experiencia en el funcionamiento de los servicios de salud, con énfasis en aquellos campos de la práctica sanitaria antes mencionados. Al terminar la pasantía los estudiantes presentan un informe sobre el servicio en que trabajaron, incluyendo críticas y sugerencias para mejorarlo. A esa presentación, que es pública, se invita a los funcionarios responsables de los servicios.

Pueden asistir a los Cursos Medios Diversificados profesionales de todas las disciplinas de la salud, así como sociólogos, economistas, educa-

dores, etc. Aun cuando la docencia es igual para todos, en la pasantía de terreno se enfatizan los aspectos correspondientes a cada profesión, pero procurando mantener el principio de la unidad de la salud y el trabajo en equipo.

Los Cursos Medios que dictan los distintos departamentos de medicina preventiva han seguido cada uno un diferente camino. Algunos han continuado, en líneas generales, el curso original de clínicas, ampliando tal vez algunas materias, como la epidemiología o la teoría de la administración; otros, en cambio, han introducido modificaciones más radicales para adaptarlos a las necesidades y demandas de los servicios locales, tales como una diversificación por especialidad profesional (médicos, enfermeras, odontólogos, veterinarios, etc.) y por tipo de servicios. Así, aun cuando todos los alumnos reciben enseñanza común durante el primer período del curso (ocho semanas), en el segundo lapso se dividen según las profesiones, estudiando las materias sanitarias de su especialidad y observando su aplicación en la práctica de los servicios.

En la actualidad se dictan anualmente ocho Cursos Medios de Salud Pública, seis de los cuales son impartidos por los departamentos de medicina preventiva y dos por la Escuela de Salud Pública. El número de alumnos varía según los cursos; en los de la Escuela de Salud Pública el cupo es de 40 por curso, mientras que en los que se desarrollan en el interior del país el número de cursantes es menor, variando de 10 a 20 y algunas veces aún menor.

Todos los cursos reciben el mismo nombre y otorgan la misma credencial, pero son bastante diferentes en cuanto a su orientación y contenido docente. No existe un criterio uniforme sobre los conocimientos y destrezas que los estudiantes deben adquirir.

Los cursos diversificados de la Escuela de Salud Pública no han dado los resultados esperados, en primer lugar, por lo difícil de formar un verdadero especialista en un tiempo tan breve y, en segundo, porque los servicios utilizan a los estudiantes egresados de acuerdo con sus propias necesidades y no según la especialización o interés de estos. Frecuentemente, un egresado del Curso Medio con énfasis en epidemiología termina trabajando en un campo distinto, como hospitales o distritos sanitarios y viceversa.

El certificado de haber seguido satisfactoriamente el Curso Medio es requisito indispensable para ingresar al Curso Superior o de Magister que dicta la Escuela de Salud Pública. La diversidad observada en el contenido de los distintos Cursos Medios dificulta la selección de los candidatos para el Curso de Magister y contribuye a que los alumnos constituyan grupos de preparación heterogénea, difíciles de manejar.

LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA Y LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA ENSEÑANZA DE LA SALUD

En 1980, la Escuela de Salud Pública inició un proceso de renovación interna, mediante una evaluación crítica de los cursos, tanto de posgrado como de pregrado que había venido dictando. Con ese fin, solicitó y recibió la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud, cuyos expertos recomendaron, entre otras cosas, un acercamiento a los departamentos de medicina preventiva, procurando establecer vínculos que permitan uniformar los programas de los cursos similares que dictan esas instituciones, aumentando su rendimiento y elevando la calidad de la enseñanza. Recomendaron también la conveniencia de reunir en Caracas un taller donde se discutiera todo lo referente a la formación de personal para los servicios de salud, haciendo énfasis en la necesidad de su descentralización y regionalización, contando para ello con el concurso de todas las universidades nacionales, del Ministerio de Sanidad y la cooperación de la OPS.

Circunstancias particularmente favorables han hecho que estas recomendaciones hayan sido acogidas con beneplácito y puestas en marcha tan pronto como ha sido posible. En efecto, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social ha iniciado un proceso de descentralización de sus servicios en todo el país, creando ocho regiones sanitarias con una infraestructura y los recursos pertinentes de acuerdo con las responsabilidades que se les asigna y la autoridad que se les delega. Al mismo tiempo, se están realizando estudios y elaborando planes para la creación del Servicio Nacional de Salud, que integrará, dirigirá y administrará todos los recursos para la salud que existen en el país.

Para que todos esos proyectos puedan llevarse a la práctica con buenas posibilidades de éxito, se necesitará un número elevado de técnicos, y sobre todo de administradores de salud, que actualmente no existen o no están disponibles. Por lo tanto, habrá que hacer un esfuerzo extraordinario para multiplicar y formar en masa al nuevo personal necesario mediante una amplia descentralización docente en cada una de las regiones sanitarias del país.

El primer paso tiene que ser la creación de una conciencia sobre la necesidad de un trabajo conjunto hacia el mismo objetivo en todas las instituciones participantes. Por otra parte, es indispensable uniformar los programas docentes que actualmente se realizan en el país. Particular énfasis debe recibir el Curso Medio de Salud Pública, que a corto y mediano plazo puede ser el recurso que satisfaga buena parte de la demanda y

necesidades de personal para el desarrollo de los servicios de salud ampliando su cobertura.

Una coordinación y un vínculo como el que se aspira a establecer con los departamentos de medicina preventiva y la Escuela de Mariología y Saneamiento Ambiental, solo puede alcanzarse mediante la comprensión y aceptación de las instituciones participantes. En efecto, en Venezuela, las universidades gozan de plena autonomía y tienen completa libertad en el campo docente. No se pretende, por lo tanto, imponer criterios ni hegemónías, sino crear conciencia de la necesidad que tiene el país de contar con un personal formado con un programa y una metodología común que permita su mejor utilización por los servicios de salud.

DIFICULTADES PARA LA DESCENTRALIZACION DE LA DOCENCIA EN SALUD

Es indudable que una descentralización y regionalización como la que se aspira a establecer acarreará nuevas y pesadas cargas sobre todas las instituciones participantes, y más particularmente sobre los departamentos de medicina preventiva, cuya responsabilidad primaria es la atención de los estudiantes de medicina, cada vez más numerosos, que no puede ser descuidada.

Además, la descentralización y la enseñanza en masa conducirán a un aumento progresivo en el número de candidatos a seguir los cursos, para cuya atención se requerirá también un personal docente numeroso y mejor preparado.

Por lo tanto, aparte de la unificación de criterios en cuanto a la docencia y al contenido de los cursos, será indispensable que todas las instituciones del sistema, y particularmente los departamentos de medicina preventiva, reciban un mayor apoyo humano y material, tanto del Ministerio de Sanidad, que es el principal usuario de los egresados de los cursos, como de la Escuela de Salud Pública, que debe colaborar estrechamente con los departamentos.

Al Taller que se reunirá en Caracas en octubre de 1981 asistirán representantes de todos los departamentos de medicina preventiva de las universidades nacionales, de la Escuela de Malariología y Saneamiento Ambiental (que también forma personal para los servicios de salud) y de la Escuela de Salud Pública. También estará representada en él la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad, organismo centra-

lizador y recopilador de la información sobre existencia y necesidades de recursos humanos para los servicios de salud y que financia mediante becas y asignaciones buena parte de los cursos que se dictan en el país.

Como resultado del Taller, se espera establecer un verdadero sistema regionalizado para la formación de personal para los servicios de salud, tanto de nivel profesional como técnico. Se aspira a celebrar posteriormente muchas otras reuniones con el fin de ir evaluando los progresos alcanzados, procurando mantener y fortalecer activas líneas de intercambio y de comunicación entre todas las instituciones que formen parte del sistema, que permitan hacer conocer rápidamente las nuevas experiencias adquiridas, así como las dificultades encontradas.

Se espera asimismo descentralizar todos los cursos de formación del personal técnico que necesitan los servicios. Particularmente, se desea ampliar y acelerar la formación de enfermeras con el fin de superar, en un plazo razonable, el déficit existente. Igualmente, los cursos para inspectores de sanidad, que se han venido dictando exclusivamente por la Escuela de Malariología y Saneamiento Ambiental y la Escuela de Salud Pública, deberán multiplicarse y desarrollarse en las sedes de cada una de las ocho regiones sanitarias del país.

La dificultad principal para el desarrollo de un programa tan ambicioso y de tanta magnitud la constituirá, sin duda, la escasez y reducida disponibilidad de personal docente. Por ello habrá que dedicar especial atención a la formación y perfeccionamiento de ese personal, supliendo, mientras esto se logra, las fallas locales u ocasionales mediante un dinámico intercambio de personal entre las diversas instituciones.

Otra tarea que deberá ser realizada en forma conjunta por las instituciones del sistema descentralizado y regionalizado es el levantamiento y actualización del inventario de recursos humanos para la salud, tanto locales como regionales, a fin de permitir la elaboración de planes concretos y realistas para su desarrollo. Para llevar a cabo y mantener actualizado dicho inventario deberá utilizarse una metodología uniforme que permita consolidar y compatibilizar los resultados y asegurar su aprovechamiento.

El sistema descentralizado y regionalizado de formación de personal para los servicios de salud estará constituido por: a) la Dirección de Recursos Humanos para la Salud del Ministerio de Sanidad, b) la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela, c) los departamentos de medicina preventiva de las facultades de medicina de las universidades nacionales y d) la Escuela de Malariología y Saneamiento Ambiental del Ministerio de Sanidad.

RESUMEN

El artículo da cuenta del curso de nivel medio de salud pública creado en Venezuela hace unos 30 años en respuesta a la necesidad de contar con personal preparado para atender las clínicas de prenatales y escolares, de tuberculosis y otras enfermedades en las unidades y centros de salud.

El curso ha evolucionado a medida que las condiciones de salud del país han ido cambiando y los egresados de la escuela de medicina han adquirido mayor conciencia y conocimientos sobre los problemas sanitario-sociales de la población. Actualmente se orienta hacia la formación de administradores de salud capaces de dirigir servicios e instituciones de salud de tipo intermedio, tales como unidades sanitarias, centros de salud y servicios distritales, o de desempeñarse como asistentes y adjuntos de servicios de mayor complejidad, como hospitales regionales, unidades de epidemiología, etc.

El curso es requisito indispensable, junto con alguna experiencia y trabajo en servicios de salud, para ser admitido al Curso Superior de Salud Pública.

DECENTRALIZACION OF INTERMEDIATE PUBLIC HEALTH COURSES (*Summary*)

The article describes the intermediate-level course in public health started in Venezuela thirty years ago to fill a need for trained personnel to work in clinics for expectant mothers, schoolchildren, and sufferers from tuberculosis and other diseases at health units and centers.

The course has evolved with changing health conditions in the country, and the school's graduates are increasingly aware of and conversant with the health and social problems of the population. The course is now designed to turn out health administrators who can run health services and institutions of intermediate level like health units and district health centers and services, or functions as assistants or deputies to heads of services of greater complexity such as regional hospitals, epidemiology units, etc.

The course is required, together with some employment experience in health services, for admission to the Advanced Course in Public Health.

DECENTRALIZAÇÃO DOS CURSOS MÉDIOS DE SAÚDE PÚBLICA (Resumo)

O artigo discorre sobre o curso de saúde pública a nível médio, instituído na Venezuela há cerca de 30 anos em resposta à necessidade de contar com pessoal preparado para o atendimento clínico de pré-natais e escolares, de tuberculose e outras doenças, nas unidades e nos centros de saúde.

O curso evoluiu à medida que mudavam as condições de saúde do país e os egressos das escolas de medicina adquiriam maior consciência e conhecimento dos problemas sanitários e sociais da população. Atualmente, o curso orienta-se para a formação de administradores de saúde que possam dirigir serviços e instituições de saúde do tipo médio, tais como unidades sanitárias, centros de saúde e serviços distritais, ou de se desempenhar como assistentes e adjuntos de serviços de maior complexidade, tais como hospitais regionais, unidades de epidemiologia, etc.

Juntamente com certa experiência e atividade em serviços de saúde, o curso é indispensável para a admissão no Curso Superior de Saúde Pública.

DECENTRALISATION DES COURS DE SANTÉ PUBLIQUE DE NIVEAU INTERMEDIAIRE (Résumé)

Cet article traite du cours de santé publique de niveau intermédiaire créé au Venezuela il y a 30 ans pour répondre aux besoins en personnel capable de traiter les maladies infantiles et les maladies des enfants d'âge scolaire ainsi que la tuberculose et d'autres maladies dans les établissements et centres de santé.

Ce cours a évolué à mesure que les conditions de santé du pays ont changé et que les diplômés de la Faculté de médecine ont acquis une conscience et une connaissance plus profondes des problèmes sanitaires et sociaux de la population. Actuellement, il s'oriente vers la formation d'administrateurs de santé capables de diriger des services et établissements de santé de type intermédiaire tels que post-sanitaires, centres de santé et services départementaux, ou d'exercer les fonctions d'assistant ou d'adjoint de services plus complexes tels qu'hôpitaux régionaux, services d'épidémiologie, etc.

Ce cours est indispensable, en plus d'une certaine expérience de services de santé pour l'admission au cours supérieur de santé publique.

A experiência da Escola Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro com a descentralização do curso de saúde pública¹

HÉLIO WANDERLEY UCHÔA² E ELSA RAMOS PAIM³

INTRODUÇÃO

Em 1975, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) adotou uma política de descentralização do Curso de Saúde Pública que, até então, realizava na cidade do Rio de Janeiro. O motivo dessa iniciativa foi a necessidade de acelerar a capacitação de profissionais no campo da saúde pública, para atender à crescente demanda de inscrição de candidatos oriundos das várias Unidades da Federação, assim como de preparar o pessoal necessário para a execução de programas prioritários de saúde coletiva, em particular no de expansão da rede permanente de serviços.

Como primeira etapa no processo que se iniciava, a ENSP realizou uma série de reuniões com todo o seu corpo docente para debate das linhas gerais de uma estratégia que exigiria um esforço conjunto, em decorrência das novas solicitações previstas.

Foram iniciados contatos com algumas Secretarias Estaduais de Saúde, sendo que a do Rio Grande do Sul e a do Pará demonstraram um interesse imediato na experiência. Por outro lado constatou-se que as referidas Secretarias contavam com uma infra-estrutura física apropriada, além de um firme propósito de melhorar o pessoal para ampliação dos seus programas.

Como terceira etapa, realizou-se na ENSP, no período de 13 a 15 de maio de 1975, um Seminário com o objetivo de estabelecer as bases para a descentralização do Curso. Nele participaram representantes das Secretarias

¹Apresentado na XI Conferência de Programas de Ensino de Saúde Pública da América Latina e Canadá. Kingston, Jamaica, 15-20 de Novembro de 1981.

²Professor Titular da ENSP e Coordenador dos Cursos Regionalizados de Saúde Pública

³Professora Titular da ENSP e Coordenadora do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde.

de Saúde dos Estados do Pará e do Rio Grande do Sul, Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM) e da Universidade do Pará, sendo discutidos os aspectos técnicos e administrativos do Curso; a política geral do Curso; e as atribuições dos profissionais de saúde com atuação no nível local.

A partir das conclusões do Seminário, identificou-se a necessidade da reformulação do Curso de Saúde Pública que vinha sendo ministrado até 1974 para capacitar médicos, odontólogos, enfermeiros, veterinários, farmacêuticos bioquímicos e nutricionistas a organizar, administrar ou assessorar serviços de saúde pública. O Curso era ministrado em 1480 horas, correspondendo a 200 dias, em regime de tempo integral.

Estabelecidos os parâmetros para definir os objetivos, categoria, clientela, elenco de disciplinas, carga horária e metodologia, foi elaborado o anteprojeto do novo Curso com a finalidade de “preparar profissionais de nível universitário para desenvolver ações organizadas de saúde a nível local, com uma carga horária de 800 horas distribuída ao longo de 100 dias”.

Na reunião do ex-Conselho Técnico do Departamento de Preparação de Pessoal da ENSP, hoje Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) realizada em 26 de maio de 1975, foi aprovado o Projeto do Curso Básico de Saúde Pública para ser implantado ainda no mesmo ano. Ficou deliberado, também, que os alunos que concluíssem o Curso com aproveitamento e atendessem aos pré-requisitos exigidos para o prosseguimento de sua preparação poderiam se candidatar ao “Curso de Especialização de Saúde Pública”, segunda etapa do processo de formação do sanitarista, ou a outros Cursos ministrados pela ENSP.

Ainda na referida reunião, foi estabelecido que o início do I Curso Básico de Saúde Pública seria em 14 de julho de 1975, na sede da ENSP, na cidade do Rio de Janeiro.

A Escola passou a promover os entendimentos necessários junto aos Órgãos Regionais e Estaduais para implantação dos novos Cursos descentralizados e, com base no resultado dos contatos então realizados, o Conselho Técnico decidiu, na reunião de 10 de julho de 1975, que a experiência fosse iniciada nas cidades de Belém e Porto Alegre.

Em Porto Alegre, o I Curso Básico Regionalizado de Saúde Pública foi implantado através de um Convênio firmado entre a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Governo do Rio Grande do Sul. No Convênio de Belém, participaram, além do Governo Estadual e a FIOCRUZ, a Universidade Federal do Pará e a SUDAM.

O papel de coordenação desses Cursos assumido pela Escola compreendia, entre outras tarefas:

- a) prestar assistência técnica-didática;
- b) prestar assessoria sobre métodos e técnicas de ensino;
- c) colaborar com professores do seu quadro para ministrarem aula nas disciplinas que não contassem com especialistas no local dos Cursos descentralizados;
- d) prestar assistência administrativa, através de orientação para organizações do Curso;
- e) indicar o processo de seleção dos candidatos inscritos e de avaliação dos alunos;
- f) expedir diplomas para os alunos que concluíssem o Curso com aproveitamento;
- g) supervisionar e avaliar permanentemente o Curso;
- h) prestar assistência financeira de acordo com as necessidades de cada Curso.

A partir de 1976, na sede da ENSP, foi realizado o Curso de Especialização em Saúde Pública.

É de justiça ressaltar que a descentralização do ensino de Saúde Pública, ora conduzida pela ENSP, já se constituía em preocupação dos sanitaristas brasileiros, desde a década de 1930. Nessa ocasião o Departamento Nacional de Saúde—órgão integrante da estrutura do então Ministério da Educação e Saúde—realizou Cursos de Saúde Pública nas cidades de Recife (1938) Fortaleza, Belém e Curitiba (1939) Manaus, Curitiba e Belo Horizonte (1941). Esses cursos prepararam 168 médicos sanitaristas para atuar nos órgãos de saúde estaduais e municipais.

Mais recentemente, em 1967, a mesma preocupação aparece em trabalho apresentado por Edmar Terra Blois na IV Conferência Nacional de Saúde: “O Ministério deve, também, por seu órgão especializado (ENSP), atuar em forma descentralizada, cooperando com os Estados na programação e realização do ensino e do treinamento em Saúde Pública.”

EXPANSÃO DOS CURSOS DE SAÚDE PÚBLICA

A evolução da política de descentralização do Curso de Saúde Pública desenvolvida pela ENSP, no período compreendido entre 1975 e 1980, ocorreu de modo gradual e relativamente constante. No primeiro ano do período, a título experimental, foram realizados apenas os dois Cursos, nas cidades de Belém e Porto Alegre, além do Curso ministrado no Rio de

Janeiro. Logo no ano seguinte, isto é, em 1976, as Secretarias Estaduais de Saúde de Pernambuco e da Bahia demonstraram interesse em participar do sistema dos Cursos Regionalizados. Nesse mesmo ano, foi criada pela Presidência da Fundação Oswaldo Cruz a Coordenação dos Cursos Regionalizados de Saúde Pública, com sede na ENSP.

Devem-se destacar duas características fundamentais no processo de descentralização do Curso Básico de Saúde Pública: adaptação do conteúdo e metodologia às condições locais, uma vez respeitado o currículo mínimo do Curso aprovado pela ENSP, no CONSEPE, e a regionalização geográfica de cada um. O Curso com sede numa determinada Capital atenderia à demanda de candidatos do próprio Estado e de Estados satélites, de acôrdo com o esquema abaixo:

1) Curso com sede em *Belém*—para os candidatos dos Estados e Territórios da Região Norte.

2) Curso com sede em *Recife*—para os candidatos dos Estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas.

3) Curso com sede em *Salvador*—para os candidatos dos Estados de Sergipe, Bahia e Espírito Santo.

4) Curso com sede em *Porto Alegre*—para os candidatos dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Os candidatos dos Estados não cobertos pelos Cursos descentralizados fariam sua inscrição no Curso do Rio de Janeiro.

Este esquema permitiu o estabelecimento de contatos constantes, não somente com as Secretarias de Saúde dos Estados diretamente ligados à execução do Curso, como também com aquelas que participavam indiretamente do processo, na medida em que se desenvolvia um trabalho sistemático de divulgação, para facilitar a inscrição de candidatos e de algumas atividades docentes nos Estados satélites.

Como consequência dêste contato, além de outros aspectos, os Estados puderam identificar melhor suas necessidades de capacitação de recursos humanos na área de saúde pública, reivindicando a implantação do Curso.

Os pedidos para instalação de novos Cursos feitos pelos Estados à Presidência da FIOCRUZ ou à Direção da ENSP sempre foram estudados criteriosamente, com o propósito de identificar a situação de cada Estado em relação às suas disponibilidades de:

1) Recursos Humanos

a) Pessoal de apóio

b) Corpo docente

2) Recursos Materiais

- a) Espaço físico para funcionamento do Curso
- b) Equipamentos, móveis e utensílios
- c) Materiais de expediente

3) Recursos Financeiros

4) Coordenação local

O Ministério da Saúde mostrou interesse em um Curso Especial para atender especificamente às necessidades de treinamento dos profissionais do seu quadro de pessoal. A ENSP excepcionalmente instituiu o Curso Especial de Saúde Pública ministrado em Brasília nos anos de 1977, 1978 e 1979.

No exercício de 1978 foram instalados três novos Cursos nas cidades de Manaus, São Luis e Fortaleza.

A criação do Estado de Mato Grosso do Sul em 1979, favoreceu a implantação de mais um Curso, que contou com o apoio da recém-criada Fundação de Saúde, e da Coordenadoria Regional de Saúde do Centro Oeste (CORCENTRO) do Ministério da Saúde.

Nesta trajetória expansionista, o fato a destacar no ano de 1980, além de que o programa atingira 15 Estados, foi a proposta de se desenvolverem Cursos sob a forma modular, ministrada experimentalmente em João Pessoa, Maceió e Belo Horizonte, Recife e Salvador. Ainda no exercício de 1980, foram instalados os Cursos de Goiânia, Curitiba e Florianópolis.

Note-se que a solicitação para instalação dos Cursos partiu, na maioria das vezes, das Secretarias Estaduais de Saúde. Das solicitações feitas, 10 partiram exclusivamente das Secretarias, 3 foram feitas conjuntamente com as Secretarias e Universidades, e apenas um pedido partiu de Universidade e outro do Ministério da Saúde.

Simultaneamente com a instalação dos Cursos, foi desenvolvido um trabalho visando a integração Universidade-Secretaria. Atualmente apenas dois Cursos não mantêm oficialmente este tipo de relação: Salvador e Porto Alegre.

O interesse demonstrado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e Universidades, a qualidade dos Cursos e seriedade com que são ministrados, o contato inicial da ENSP com os Órgãos locais interessados foram, entre outros, os fatores decisivos para a expansão dos Cursos.

A simples comparação quantitativa dos resultados obtidos no período de 1969 a 1974, quando a ENSP capacitou 281 profissionais em Saúde Pública, com o total de 1.643 egressos no período de 1975 a 1980, justifica a política de descentralização do Curso de Saúde Pública.

CORPO DOCENTE

A experiência com os primeiros Cursos descentralizados mostrou que um dos requisitos importantes para facilitar a expansão do processo era a formação de corpo docente local, a curto prazo, senão de imediato.

O recrutamento dos professores tem sido feito utilizando os recursos dos serviços de saúde (principalmente Secretarias de Saúde) e Universidades.

Preliminarmente procuram-se identificar os prováveis professores para as diferentes disciplinas do Curso, levando-se em conta: comprovada experiência em docência, administração de serviços de saúde pública e qualificação em Curso de Pós-Graduação na área específica da disciplina, requisitos estes estabelecidos pela ENSP, além daqueles definidos pela Resolução No. 14/77 do Ministério da Educação e Cultura.

A indicação do corpo docente é feita pela Coordenação do Curso que encaminha sugestões à ENSP, juntamente com o *Curriculum Vitae* de cada professor, para análise e aprovação.

A orientação do corpo docente é feita antes da instalação do Curso, pela coordenação local, reforçada posteriormente por um Seminário com a presença de professores dos diferentes Departamentos da ENSP, com o propósito de serem discutidos objetivos gerais e instrucionais, conteúdo das disciplinas, e metodologia empregada.

A política da ENSP visa a criação e o fortalecimento de um núcleo de professores no campo da saúde pública capaz de, em pouco tempo, assumir não só as disciplinas do Curso, como também influenciar o ensino de graduação da área de saúde. Por outro lado, tem procurado integrar, dentro do possível, o Sistema Formador com o Sistema Utilizador de recursos humanos, através desses Cursos.

A participação média de docentes por Curso, no período de 1976 a 1980, foi de 30 professores, sendo os pontos extremos representados pelos Cursos de São Luiz e Porto Alegre, com médias respectivamente de 14 e 51.

Os professores vinculados às Universidades cobriram 33% da carga horária dos Cursos ministrados no período de 1976 a 1980, enquanto que os vinculados às Secretarias de Saúde participaram com 26% das horas docentes. A maior participação das Universidades, incentivada pela ENSP, ocorreu a partir de 1977, quando praticamente triplicou o percentual de horas de atividades docentes, comparadas com o que aconteceu no ano anterior. Por outro lado, houve uma acentuada redução do percentual de horas docentes das Secretarias de Saúde, do ano de 1976 para 1977.

Cêrca de 53% da carga horária foi ministrada por professores vinculados a serviços de saúde pública, o que demonstra um relativo equilíbrio na participação dos docentes universitários. A média de professores por Curso foi de 27 docentes, no período de 1976/1980.

Quanto à qualificação, cerca de 58% dos docentes, no período de 1978 a 1980, possuíam Curso de Especialização, 28% tinham mestrado e 9% eram doutores. De 1978 a 1980 houve um aumento no número de professores portadores de título de mestre e doutor, em virtude da maior participação da Universidade nos Cursos de Saúde Pública.

CORPO DISCENTE

A clientela que vem demandando os Cursos tem sido quantitativamente satisfatória. No período em questão solicitaram inscrição 4179 candidatos, correspondendo em média a 85 por Curso.

Nos 6 anos considerados, isto é, de 1975 a 1980, houve um acentuado crescimento do número de inscrições, em consequência da oportunidade oferecida com a instalação de novos Cursos e, possivelmente, pelo interesse dos profissionais em melhorar sua qualificação.

A maior procura de candidatos aos Cursos ocorreu na Região Nordeste, com cêrca de 37% do total de inscritos, verificando-se também que, na referida Região, foram ministrados 19 Cursos no mencionado período.

Outro indicador importante da demanda é a relação média de 2,4 candidatos por vaga ofertada, sendo que em 1980 observou-se a maior relação, atingindo 3,2. O total de vagas ofertadas foi de 1721 para os 50 Cursos realizados apresentando uma média de 34 matrículas por Curso.

A seleção dos candidatos é feita através de uma comissão constituída por representantes da ENSP e dos demais órgãos que participam do Convênio para execução do Curso: Secretarias Estaduais de Saúde e Universidades.

O processo de seleção compreende três etapas:

1) Prova escrita—Com o propósito de avaliar os conhecimentos gerais do candidato necessários ao acompanhamento do Curso;

2) Entrevista—Com o objetivo de avaliar o interesse do candidato pelo Curso e suas idéias relativamente aos problemas sociais, econômicos e sanitários da Comunidade;

3) Curriculum-vitae—Para avaliar a experiência profissional, cursos completados e trabalhos produzidos.

Praticamente todos os candidatos selecionados confirmam a sua matrícula.

O número de Cursos ministrados em cada Estado guarda estreita relação com o total de egressos do próprio Estado, mesmo levando-se em consideração a proposta inicial da regionalização geográfica dos Cursos. Observa-se que o Estado da Bahia apresenta 195 profissionais egressos dos seis Cursos ministrados, seguido dos Estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Pará com cerca de 150 egressos cada, todos com seis Cursos ministrados. No Estado de Pernambuco foram realizados cinco Cursos, ocupando a quinta posição quanto ao total de egressos. Os demais Estados e Territórios da Federação estão reunidos em grupos conforme o número de Cursos ministrados (3, 2, 1 e 0), destacando-se, ainda, a relação egressos por Curso, anteriormente apontada. Outro aspecto a considerar é que houve uma maior demanda de candidatos do Estado sede do Curso.

Quanto à profissão básica, o maior percentual de egressos coube aos médicos com 37%, seguidos de enfermeiras com 28% e odontólogos com 10%. Nesta informação observa-se que 85% dos egressos são de profissionais com a formação básica na área da saúde.

A composição dos egressos segundo o lugar de emprêgo mostra que as Secretarias Estaduais de Saúde participam com 60% do total dos profissionais que terminaram os Cursos, o Ministério da Saúde com 6% e as Secretarias Municipais de Saúde com 4%, o INAMPS e as Universidades com 5% cada, cabendo 11% a outras Instituições do Setor Público (Secretaria de Educação, Forças Armadas, FUNAI, etc.), ficando cerca de 9% para egressos dos desempregados. Algumas Secretarias Estaduais de Saúde têm admitido profissionais sem emprego, após concluído o Curso.

Com base nas informações fornecidas pela Coordenação dos Cursos de Belem, São Luis, Fortaleza, Recife, Salvador e Porto Alegre, depois de um levantamento feito nas respectivas áreas, verificou-se que, dos profissionais empregados pelas Secretarias Estaduais de Saúde egressos dos Cursos Básicos, 55% desenvolviam atividades no nível Central, 17% no nível Regional e 28% no nível Local.

SEMINÁRIOS DE AVALIAÇÃO

Com o propósito de avaliar os Cursos, a ENSP promoveu nos anos de 1977, 1978 e 1979 quatro encontros (com a participação de docentes da própria Escola, membros da Coordenação, professores e representantes

dos egressos de cada um dos Cursos descentralizados ministrados na época) para discutir e analisar aspectos relacionados com o desempenho administrativo, o processo ensino-aprendizagem, o corpo docente envolvido, o corpo discente e a programação curricular, tendo-se chegado, entre outras, às seguintes conclusões e/ou recomendações:

1. Desempenho administrativo

- melhoria do processo de divulgação dos Cursos nos Estados;
- na seleção dos candidatos, manter contato com a direção das Instituições de onde provêm, com a finalidade de identificar o interesse da Instituição quanto ao futuro aproveitamento dos egressos;
- manter a prioridade de candidatos com formação básica na área das ciências da saúde, já em exercício em Órgãos da Saúde Pública;
- reforçar a Coordenação da ENSP aumentando a frequência e a duração das visitas de supervisão.

2. Processo ensino-aprendizagem

As técnicas de ensino utilizadas nos diferentes Cursos foram bastante variadas, tais como: aulas expositivas com a maior participação dos alunos, trabalhos de grupo, seminários, painéis e estudos dirigidos; todavia ficou evidenciado, nas discussões deste item, que a indicação de determinada técnica dependia da capacidade do docente quanto ao seu domínio, bem como do objetivo, conteúdo da disciplina e da carga horária prevista.

O sistema de avaliação do aluno, aplicado nos vários Cursos, não pareceu satisfatório, principalmente nos trabalhos de grupo, em que a avaliação era feita apenas baseada no documento apresentado, sem levar em conta a participação e contribuição de cada um. Foram apresentadas as seguintes sugestões:

- avaliação predominantemente individual, sem o propósito deliberado de eliminar alunos mas sim de servir de instrumento do processo de aprendizagem;
- além da avaliação através de provas objetivas, levar em conta outros aspectos em relação à atitude do aluno, frequência, pontualidade no cumprimento das tarefas e interesse demonstrado;
- no caso de disciplinas com pequena carga horária, proceder à avaliação por conjunto ou subconjunto de disciplinas;
- ao serem elaboradas as provas, os docentes devem ter em conta os objetivos operacionais da disciplina e discutir com os alunos o resultado de cada prova.

3. *Corpo docente*

O recrutamento de docentes pelos diferentes Cursos não constituiu problema, pois conseguiram-se identificar, em Instituições locais de ensino superior e Secretarias de Saúde, profissionais capazes de se encarregar da maioria das disciplinas programadas.

Constatarem-se, porém, as seguintes necessidades: limitar o número de docentes por disciplinas; atentar para os inconvenientes da superqualificação técnica do docente e sua capacidade de ajustamento aos propósitos do Curso e ao nível dos discentes; manter um núcleo de professores interessados em se comprometer a ministrar disciplina nos futuros Cursos; reunir antes do início do Curso os professores recrutados, para que tomen conhecimento da programação curricular, objetivos do Curso e carga horária estabelecida, engajando-os no processo global do Curso e não apenas no do ensino de disciplinas isoladas.

4. *Currículo*

O objetivo geral do Curso Básico de Saúde Pública foi inicialmente estabelecido visando capacitar profissionais de nível superior para execução de ações de saúde pública próprias do nível local. A experiência, porém, mostra que os egressos estão sendo utilizados em outros níveis da estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde, desenvolvendo atividades nos escalões regional e central. Assim, foi proposto que os Cursos sejam considerados como de capacitação inicial de profissionais para atuação em saúde pública.

O elenco de disciplinas, conteúdo e carga horária sofreram modificações na medida em que havia alteração no objetivo do Curso.

RECURSOS FINANCEIROS

O financiamento dos Cursos descentralizados tem sido feito através de recursos oriundos da FIOCRUZ, das Secretarias Estaduais de Saúde e Universidades. Outros órgãos têm participado, como é o caso da SUDAM nos Cursos realizados em Manaus e Belém, a SUDENE (Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste) no Curso de Recife em 1976 e a SUDECO (Superintendência do Desenvolvimento da Região Centro-Oeste) a partir de 1979 em Campo Grande e Goiânia.

A participação financeira da FIOCRUZ entre 1975 e 1980 oscilou

em torno de 38%, sendo, entretanto, acentuadamente maior em 1975 e 1976, com 56% e 66% respectivamente. Quanto às Secretarias, houve uma participação crescente, passando de 12% em 1976 a 53% em 1980, com um percentual médio de 43% entre 1975 e 1980. As Universidades participaram do financiamento a partir de 1978, representando um montante de cerca de 10% do total investido no período, enquanto outras Instituições (SUDAM, SUDENE, SUDECO e SUDESUL) participaram com 9%.

No exercício de 1980 cada Curso teve, em média, um gasto de CR\$ 2.311.244,00 e cada aluno custou aproximadamente CR\$59.465,00, ficando em média CR\$19.393,00 para a FIOCRUZ. No cálculo dos gastos não foi incluído o Curso de Saúde Pública de Belo Horizonte pelo fato de que a FIOCRUZ não participou como fonte financiadora.

CONCLUSÕES

A experiência de descentralização do Curso de Saúde Pública iniciada há quase 7 anos, e que conta hoje com cerca de 50 Cursos já realizados, parece plenamente consolidada. Seus frutos mais imediatos são expressos num contingente de 1.643 sanitaristas preparados, sendo que a grande maioria vem exercendo funções nos órgãos da administração de saúde dos níveis federal, estadual e municipal ou nos órgãos de ensino do país. Outros resultados podem ser ainda creditados a esse trabalho, tais como:

- interesse permanente das Secretarias Estaduais de Saúde na melhor capacitação dos seus recursos humanos, tanto na fase de implantação dos Cursos, como na sua manutenção, assegurando a continuidade do processo;
- maior integração da Universidade com os Serviços de Saúde;
- capacitação progressiva de alguns Estados para assumir integralmente a administração e coordenação dos Cursos;
- criação da carreira de sanitaristas em algumas Secretarias Estaduais de Saúde;
- criação, na estrutura de algumas Secretarias de Saúde, de um órgão dedicado ao desenvolvimento de seus recursos humanos;
- mudanças na estrutura dos Cursos ministrados na ENSP;
- intercâmbio de experiências docentes.

O grau de dependência dos vários Cursos em relação à ENSP é variado, tanto nos aspectos administrativos, como nos técnicos e financeiros. Há Cursos que já oferecem condições para uma autonomia total, enquanto outros, principalmente alguns recém-criados, necessitam maior orientação e ajuda.

RESUMO

O presente trabalho descreve o processo de descentralização do Curso de Saúde Pública ministrado pela Escola de Saúde Pública (ENSP) no Rio de Janeiro. Os autores examinam as diferentes etapas da organização e administração de Cursos paralelos que, entre 1975 e 1980, começando em três Estados, estenderam-se a 15, para atender à necessidade de formar profissionais de saúde pública nas diferentes zonas geográficas.

Descrevem também os autores o sistema de avaliação e de financiamento dos Cursos, concluindo que a capacitação de 1.643 sanitaristas em seis anos e o crescente interesse e participação dos Estados justificam plenamente a iniciativa da descentralização.

BIBLIOGRAFIA

Barreto, J. B. *A Organização da Saúde Pública no Brasil* - Conferência pronunciada na Exposição de Atividades de Organização do Governo Federal. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1942.

Blois, E. T. *Responsabilidade do Ministério da Saúde na Formação e Organização dos Profissionais de Saúde e de Pessoal de Nível Médio e Auxiliar. IV Conferência Nacional de Saúde, Arquivos de Higiene, Vol. 23, I, set. 67.*

Fundação Oswaldo Cruz. *Escola Nacional de Saúde Pública. Relatório do I Seminário de Avaliação dos Cursos Básicos Regionalizados de Saúde Pública, 1976* (mimeografado).

Fundação Oswaldo Cruz. *Escola Nacional de Saúde Pública. Relatório do II Seminário de Avaliação dos Cursos Básicos Regionalizados de Saúde Pública, 1977* (mimeografado).

Fundação Oswaldo Cruz. *Escola Nacional de Saúde Pública. Relatório do III Seminário de Avaliação dos Cursos Básicos Regionalizados de Saúde Pública, 1978* (mimeografado).

Uchoa, H. W. *Cursos Básicos Regionalizados de Saúde Pública, 1976. Relatório Anual, 1977* (mimeografado).

LA EXPERIENCIA DE LA ESCUELA NACIONAL DE SALUD PUBLICA DE RIO DE JANEIRO EN LA DESCENTRALIZACION DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD (*Resumen*)

En este trabajo se describe el proceso de descentralización del curso de salud pública de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) de Río de Janeiro. Los autores examinan las diferentes etapas de la organización y la administración de cursos paralelos que, de 1975 a 1980, se extendieron de 3 Estados a 15 para atender las necesidades de formación de personal de la especialidad en las distintas zonas geográficas.

Describen además el sistema de evaluación y de financiamiento de los cursos, y concluyen afirmando que la formación de 1.643 profesionales en seis años y el creciente interés y participación de los Estados justifican plenamente la iniciativa de descentralización.

THE EXPERIENCE OF THE NATIONAL SCHOOL OF PUBLIC HEALTH OF RIO DE JANEIRO IN DECENTRALIZING THE COURSE IN PUBLIC HEALTH (*Summary*)

This work describes the process of decentralizing the course in public health at the National School of Public Health (ENSP) in Rio de Janeiro. The authors examine different stages of the organization and administration of parallel courses which, from 1975 to 1980, expanded from three to 15 States in order to meet the need for educating public health professionals in different geographic areas.

They also describe the system of evaluating and financing the courses, and conclude that the training of 1,643 professionals in six years and the growing interest and participation of the States, fully justify the decentralization effort.

L'EXPERIENCE DE L'ECOLE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE RIO DE JANEIRO DANS LA DÉCENTRALISATION DU COURS DE SPÉCIALISATION (*Résumé*)

Dans cet ouvrage est décrit le processus de décentralisation du cours de santé publique de l'école de santé publique de Rio de Janeiro. Les auteurs examinent les différentes étapes de l'organisation et de l'administration de cours parallèles qui, de 1975 à 1980, se sont étendus de 3 états à 15 pour répondre aux besoins de formation de personnel spécialisé dans les différentes régions géographiques du pays.

Les auteurs décrivent également le système d'évaluation et de financement des cours et concluent en affirmant que la formation de 1643 cadres en 6 ans et la participation et l'intérêt croissants des états justifient pleinement l'initiative de décentralisation.

Coordinación de la enseñanza de la salud pública como especialidad con las instituciones de enseñanza de otras profesiones relacionadas¹

HECTOR ZULUAGA TOBON² Y HECTOR ABAD GOMEZ³

LA ENSEÑANZA DE LA SALUD PÚBLICA COMO DISCIPLINA ESPECÍFICA

Durante los últimos años, en los medios académicos de nuestro país (Colombia) se ha venido discutiendo si la salud pública es una disciplina específica o si es, simplemente, un conjunto de disciplinas diferentes, tales como la bioestadística, la epidemiología, el saneamiento ambiental, la administración pública, la educación sanitaria, la planificación en salud, etc. Nosotros consideramos que la salud pública evidentemente hace uso de esas disciplinas, pero que constituye en sí una disciplina específica, con carácter propio y objetivos precisos, y que merece distinguirse y diferenciarse como tal para ser enseñada y practicada.

¿Qué es, entonces, la salud pública? La salud pública es fundamentalmente una disciplina de dirección administrativa, cuya enseñanza debe estimular las habilidades y conferir los conocimientos relativos a planificación, organización y coordinación de todos los servicios conducentes a propiciar el mayor grado de salud posible a una comunidad humana. Se ejerce por medio de la educación para la salud del público, de la prevención de las enfermedades o afecciones prevenibles, de la curación de las no prevenibles y de la rehabilitación de las escuelas que las enfermedades o afecciones dejan en los individuos de una comunidad.

Es evidente que se trata de una tarea colosal en la que debe participar toda la comunidad, estimulada y dirigida por el equipo de salud pública, el cual, naturalmente, debe tener un director.

¹Presentado a la XI Conferencia de Programas de Enseñanza de Salud Pública de América Latina y el Caribe, Kingston, Jamaica, 15-20 de noviembre de 1981.

²Decano, Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

³Profesor, Departamento de Medicina Preventiva, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Este director debe ser, esencialmente, un inspirador, un animador, un organizador, un coordinador, un innovador, un político, que sienta y sepa dirigir—a la manera de un gran director de orquesta—todos los esfuerzos de una comunidad dada para lograr que todos sus miembros disfruten de salud, entendida esta como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (1), según la ya famosa y vilipendiada definición de la OMS. Esta definición, por supuesto, abarca un campo mucho más extenso que el que tradicionalmente se le ha asignado a los trabajadores de salud. Sin embargo, tiene la ventaja de recordarle constantemente a estos que hay otros campos, fuera de la prevención y la curación de las enfermedades y afecciones y la rehabilitación de las secuelas que estas dejan, que son importantes y muchas veces más decisivos para la obtención de una buena salud que las meras acciones médicas y sanitarias exclusivamente. Esta definición recuerda asimismo que otros sectores, como el político, el social y el económico, también influyen decididamente en la salud de la población.

La pregunta clave en este momento es: ¿pueden adiestrarse personas para tan formidable tarea? La respuesta, como es obvio, debe tener condicionantes. Sí pueden ser adiestradas si se cumplen las siguientes condiciones:

1. Que dichas personas sean bien escogidas (como dice el viejo refrán académico: “*Quod natura non dat, Salamanca non prestat*”).

2. Que la institución en donde estudien esté compuesta, dirigida y servida por personas de las más altas calidades anímicas, morales, personales, académicas, técnicas y científicas que les permitan formar un personal de la altísima calidad necesaria para que pueda desempeñar eficientemente una tarea tan complicada, difícil y demandante como la dirección de un programa de salud pública en sus distintos niveles: local, regional, nacional e internacional.

3. Que las personas escogidas entiendan y sientan que su misión va más allá de dominar su propio campo específico dentro de las disciplinas que tradicionalmente se han entendido como componentes de la salud pública, y que consiste en dirigir, inspirar, innovar, conducir. (Siguiendo con nuestra comparación anterior, no es lo mismo preparar un violinista que un director de orquesta.)

4. Que las personas escogidas tengan el deseo, la ambición, la mística y la capacidad de prestar un servicio público.

Entendida así la salud pública, veamos cómo se puede enseñar a nivel de posgrado como especialidad, o a nivel de pregrado como estímulo para que otras disciplinas específicas (como la medicina, la enfermería, la

bacteriología, la ingeniería sanitaria, la educación sanitaria, etc.) colaboren en la gran tarea unificante, organizadora, coordinadora y totalizadora de la salud pública.

COORDINACION DE LA ENSEÑANZA DE LA SALUD PUBLICA CON OTRAS INSTITUCIONES DE ENSEÑANZA

Las ciencias de la salud propiamente dichas han necesitado, para su enseñanza y su práctica, de otras disciplinas cuyo nexo con ellas ha sido reconocido desde hace tiempo. Se habló de ciencias del comportamiento: la psicología general, la psicología evolutiva, la psicología social; de ciencias sociales: la antropología, la sociología, la economía; de ciencias administrativas: la administración general, la administración de empresas, la administración pública, la planificación global, la planificación de los sectores económicos y sociales.

A falta de un presupuesto suficiente o abundante y ante el incipiente desarrollo de los recursos humanos, no hubo otra forma de involucrar estos temas dentro de la enseñanza de la salud pública que a través de docentes de cátedra (por horas) o profesores invitados, que si bien eran capaces de tratar con propiedad y a profundidad los susodichos temas, no podían considerarse totalmente integrados al plan de estudios, puesto que tenían como centro de su interés otra institución docente cuyos objetivos se alejaban propiamente del de salud pública o porque su trabajo se desarrollaba dentro del sector privado.

Es lógico suponer que, dadas estas circunstancias, los docentes y los temas que debían enseñar no pudieran lograr una articulación total. Al efecto, Sonis señalaba en 1971: "ciencias sociales, economía y ciencias políticas continúan en gran parte siendo mostradas a través de clases que no incorporan la médula de su relación con la salud" (2). A ello podría agregarse el escaso desarrollo que para el decenio de los 60 se había logrado en materia de docencia y pedagogía a nivel universitario, formulación de objetivos educacionales, sistemas de evaluación, etc.

En la medida en que los recursos financieros fueron aumentando y se fue acrecentando la demanda por los programas en este campo, y ante la posibilidad de incrementar los recursos humanos, la situación planteada anteriormente se trató de subsanar mediante la vinculación de personal a tiempo completo para la enseñanza de las disciplinas mencionadas. El tratar de interrelacionar y adecuar la propia área disciplinaria a la de las ciencias de la salud requirió grandes esfuerzos. Debe advertirse, sin em-

bargo, que estas acciones no podrían constituir más que esfuerzos aislados si no se emprenden paralelamente otras tareas a fin de lograr un apoyo decidido al desarrollo de las otras disciplinas en relación con la salud pública.

Con frecuencia se encuentra que un sin número de recursos institucionales se desaprovechan pudiendo utilizarse perfectamente de manera razonable para el cumplimiento de una finalidad. Mencionemos al respecto en nuestro caso los departamentos de medicina preventiva y salud pública o las escuelas de salud pública que, formando parte de una universidad, se encuentran al lado de facultades o carreras en economía, psicología, administración, ingenierías, sin que entre ellas se conozca siquiera su labor o se produzca ningún intercambio, que *per se*, bien pudiera ser de mutuo beneficio.

En la docencia de la salud pública hace falta cierta sincronización ordenada de los esfuerzos para producir acciones unificadas y armónicas con miras al cumplimiento de un objetivo, como se ha definido tradicionalmente la coordinación.

En el Seminario sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva celebrado en Tehuacán, México, en 1956, se formuló explícitamente la necesidad de interrelacionar los departamentos de medicina preventiva con los demás de la escuela médica. Se dijo por aquel entonces: “Es indispensable establecer relaciones estrechas entre la cátedra de medicina preventiva y las demás, para poder cumplir con los fines de la educación médica... Es posible obtener esta coordinación mediante varios sistemas como: la integración de cursos, seminarios y presentaciones clínicas de interés común; nombramiento simultáneo de ayudantes en la cátedra de medicina preventiva y en otras; intercambio de servicios con otras cátedras; asesoría en estadística y epidemiología; investigación conjunta de problemas clínicos u otros de interés para la comunidad; intercambio de publicaciones y datos relacionados con medicina preventiva y patrocinio junto con otras cátedras de tesis de grado” (3).

En la Segunda Reunión de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina (Buenos Aires, 1961) se destacó la necesidad de que dichas escuelas incluyeran como tema de estudio la interdependencia de los problemas sociales y los de salud y se señaló cómo, a través de la investigación “se podrá ayudar a precisar la relación que existe entre los aspectos socioeconómicos y la salud o viceversa, campo en el cual no se conocen todavía bien las técnicas de planeamiento y programación. Se facilita esta tarea por el trabajo simultáneo y coordinado de diferentes especialistas, incluyendo sociólogos, expertos en economía, médicos de salud pública, etc.” (4).

A nuestro modo de ver estas recomendaciones, formuladas hace ya 20 años, distan mucho de cumplirse.

Si se acepta como planteamiento general que uno de los objetivos de las instituciones docentes en el ámbito de la salud pública es el formar profesionales y técnicos capaces de cumplir con su cometido, de conformidad con las circunstancias dentro de nuestro mundo y de nuestra historia, es necesario coordinar las acciones que permitan llevar a feliz término esos objetivos.

La institución docente, y particularmente la universitaria, hay que concebirla como un elemento dinámico cuya capacidad transformadora dentro de la sociedad le es inherente, al menos en lo que hace referencia a la ciencia y la tecnología. Pretender, por lo tanto, mantener una estructura curricular y una estructura académica a través de los años, sin modificación y amoldamiento al progreso científico y tecnológico, constituiría un anacronismo imperdonable para una universidad.

No negamos, desde luego, la posibilidad de la correspondencia que debe existir entre el plan de estudio y la estructura orgánica de la institución docente. Este es un hecho histórico que no podemos desconocer. Sin embargo, no es infrecuente que el facilitamiento del desarrollo administrativo-académico que se busca con una estructura más o menos rígida contribuya a esclerosar el currículo, a transmitir imágenes parciales del conocimiento, a restarle valor a una visión integral de la salud pública y a convertir en estático algo que debería ser muy dinámico, como motor del desarrollo académico.

Creemos, además, que lo dicho es perfectamente extrapolable a los campos de la investigación y del servicio, aspectos estos que han de entenderse como “alimentadores” de la docencia.

Proponemos, pues, como elemento fundamental para el desarrollo de la enseñanza de la salud pública la coordinación con otras instituciones de docencia lo mismo que con las instituciones de servicios de salud. Nos referiremos exclusivamente al primer aspecto, ya que lo atinente a la coordinación con los servicios de salud será tratado por otros ponentes en la presente conferencia.

Dentro de las relaciones con las instituciones de docencia cabe distinguir aquellas cuyas actividades son propiamente de salud y las otras que cubren aspectos que en alguna manera pueden relacionarse con la salud pública. Dentro de las primeras no podemos desechar en manera alguna los necesarios nexos que hay que mantener con las áreas clínicas, los cuales deben darse muy especialmente mediante la aplicación de la epidemiología y la bioestadística, así como los interesantes aportes que,

desde el punto de vista de la metodología, pueden surgir de la investigación. Algunos programas específicos de los hospitales en la atención de las infecciones intrahospitalarias, en su tratamiento epidemiológico, las consideramos como valiosa experiencia, útil para nutrir tanto programas docentes de medicina como de salud pública.

Papel de preponderante significado pueden jugar instituciones en el área de las ciencias sociales (economía, antropología, sociología, psicología, comunicaciones), las cuales—a más de la tradicional misión que se les ha señalado en el sentido de que ayuden a prever consecuencias sociales o económicas de los programas de salud pública, o que ayuden a motivar a la sociedad para el desarrollo de determinadas campañas, o para ayudar a resolver los conflictos surgidos en las relaciones de los trabajadores de la salud—deben, a nuestro modo de ver, participar coordinadamente en el esclarecimiento de las relaciones del binomio salud-enfermedad como fenómeno colectivo que tiene una expresión con connotaciones especiales, de conformidad con el tipo de organización social y con la época en que se dé, con el objeto de dinamizar los currículos y poder adecuar algunos elementos técnicos, bajo una visión crítica, a las propias realidades de cada región o país.

Debemos tener en cuenta las áreas que tienen que ver con las relaciones del hombre con su medio ambiente, pues este aspecto, que no puede confinarse a la docencia de la salud pública, juega un papel predominante en su desarrollo. Dígase otro tanto de áreas que tocan con el apoyo a la investigación, la sistematización y el análisis de datos que, por su especialidad o complejidad, escapan muchas veces al manejo directo de una institución de docencia en salud pública.

Lo anterior para citar tal vez los aspectos más sobresalientes en cuanto a la relación de la salud pública con otras áreas del conocimiento.

Una de las maneras como estos planteamientos, hechos en abstracto, logran aplicación concreta, sería mediante la realización de investigaciones sobre aspectos específicos que, en la medida en que avancen, logren despertar el interés de los docentes para constituirlos en elementos nucleares de los programas académicos. Serían innumerables los benéficos efectos secundarios que se derivarían de una actividad como esta.

No podríamos dejar de hacer mención de algunas instituciones docentes cuya acreditación y apoyo económico están a nivel del sector salud, u otras instituciones de carácter público, que cubren campos como la administración pública o de servicios de apoyo a los programas de salud. Con ellas debe haber una gran coordinación que permita una colaboración recíproca y, en ocasiones, la articulación de programas.

No es necesario enunciar las ventajas que se derivan de las acciones interinstitucionales. No obstante resaltaremos algunas de ellas. Para países de escasos recursos, la coordinación de acciones evita su duplicación y optimiza su rendimiento, de la misma manera que permite la incorporación de nuevos aportes de conocimientos y visiones desde otro eje que enriquecen la cátedra, así como también las experiencias que de otro campo de aplicación del conocimiento puedan incorporarse a la salud pública, sin dejar de reconocer que con ello no se salga en ocasiones de un terreno puramente especulativo, cuando la realidad nos acosa por soluciones prácticas.

SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

Es evidente que el adiestramiento de los trabajadores de salud en estos dos últimos decenios del siglo XX debería estar influenciado por la importante meta que se ha propuesto la Organización Mundial de la Salud y los países: salud para todos en el año 2000. Pero ¿qué significa esto? Significa que el adiestramiento no puede limitarse a los factores eminentemente fríos y técnicos de la estadística, de la administración, de la epidemiología, sino que tiene que abarcar factores humanísticos de motivación hacia una gran empresa de carácter mundial que implica mística, dedicación, entusiasmo y entrega; factores que no son solo de conocimientos sino, esencialmente, de actitudes; actitudes que la educación, en nuestro concepto, puede tratar de formar a todos los niveles, actitudes que solo los profesores que las tengan pueden transmitir a los alumnos. Por esto es esencial la formación del profesorado en salud pública.

Si es indispensable la buena selección de los trabajadores de salud, mucho más importante es la selección de los que van a transmitirles a éstos conocimientos, aptitudes y actitudes. Este último campo es, naturalmente, el más difícil de todos.

En este momento, más que en ningún otro, es esencial para los educadores en salud una actitud positiva, optimista, esperanzada, realizadora, hacia la salud pública. La tarea de conseguir salud para todos en un mundo amenazado por la guerra, la miseria de miles de millones de hombres, mujeres, niños y ancianos, las injusticias sociales y económicas más pronunciadas, el agotamiento de sus recursos naturales, los desastres ecológicos, la falta de agua, de tierras cultivables, de alimentos, de educación y de justicia, la ignorancia de algunos de sus dirigentes políticos, la bomba atómica, el terrorismo, las drogas, es una tarea colosal que necesita de

hombres y mujeres que a pesar de todas estas realidades conserven un optimismo casi ciego, por medio de la esperanza en la capacidad humana para el bien.

Los hombres y mujeres que se dediquen a enseñar y a practicar la salud pública en los finales del presente siglo y los comienzos del siguiente tienen que ser los mejores hombres y mujeres que produzca el mundo. No pueden ser débiles, ni cobardes, ni pesimistas; tienen que ser fuertes, valientes y optimistas. No pueden aspirar solo a adquirir conocimientos sino a adquirir sabiduría, por medio del trabajo, de la entrega, de la comprensión, de la compasión, pero sobre todo del cariño y el amor hacia todos los seres humanos. Deben ser humanistas antes que sabedores de cosas o dominadores de técnicas o conocimientos. Deben saber, es cierto, pero sobre todo deben sentir. Así podrán dedicarse con ardor, dedicación y cariño a esa formidable tarea de conseguir, junto con todos los demás seres humanos, salud para todos los seres humanos, ahora y en el futuro.

RESUMEN

Consideran los autores que la salud pública es una disciplina específica, con carácter propio y objetivos precisos que, aunque hace uso de otras materias, merece distinguirse y diferenciarse para ser enseñanza y practicada.

Partiendo de ese marco conceptual, destacan que la enseñanza de la salud pública debe estimular las habilidades y conferir los conocimientos sobre planificación, organización y coordinación de los servicios conducentes a propiciar el mayor grado posible de salud a una comunidad.

Señalan que la capacitación en salud pública debe realizarse en forma coordinada no solo con otras instituciones de enseñanza sino también con las instituciones de servicios de salud. Eso permitirá, por una parte, un mejor uso de los recursos disponibles, y por la otra, la sincronización de los esfuerzos para lograr una acción unificada y armónica.

Plantean, además, que la enseñanza no puede limitarse a los aspectos inherentes a la estadística, la administración, la epidemiología, etc., sino que debe abarcar factores humanísticos de motivación hacia una empresa de tan gran magnitud como es la prestación de salud a todos los individuos. Para ello resulta indispensable la buena selección de los trabajadores de salud pero también es esencial la adecuada selección de los docentes de salud pública, que deben tener una actitud positiva, op-

timista y decidida a fin de que sean capaces de transmitir los conocimientos, actitudes y aptitudes pertinentes.

REFERENCIAS

(1) Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS. Ginebra, *Documentos Básicos de la OMS*, 1981.

(2) Sonis, A. Escuelas de salud pública: Tendencias y perspectivas para la década del 70. *Educ Med Salud* 6 (1):25, 1972.

(3) Organización Panamericana de la Salud. Seminarios sobre la Enseñanza de Medicina Preventiva (Viña del Mar, Chile, 10-15 de octubre de 1955 y Tehuacán, México, 23-28 de abril de 1956). Publicación Científica No. 28, 1957.

(4) Segunda Reunión de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina (Buenos Aires, 1961). Informe Final.

COORDINATION OF THE TEACHING OF PUBLIC HEALTH AS A SPECIALITY WITH TEACHING INSTITUTIONS FOR OTHER RELATED PROFESSIONS (*Summary*)

The authors believe that public health is a specific discipline with its own characteristics and precise objectives which, although it makes use of other subjects, must be distinguished and differentiated from others for teaching and practical purposes.

Starting from this conceptual framework, they point out that public health teaching should encourage skills and impart knowledge on planning, organization and coordination of the services in order to provide the community with the greatest degree of health possible.

They point out that public health should be taught in coordination with other teaching institutions and with the health services institutions. This will make for better use of available resources and additionally, will coordinate efforts in joint action.

They further propose that the teaching cannot be limited to inherent aspects of statistics, administration, epidemiology, etc., but must also cover humanistic factors of motivation to undertake such a large task as providing health for all. It is therefore essential to select health workers properly, and to choose public health teachers well: they must have a positive, optimistic and determined attitude, if they are to be able to transmit the proper knowledge, attitudes and skills.

COORDENAÇÃO DO ENSINO DE SAÚDE PÚBLICA COMO ESPECIALIZAÇÃO COM AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO DE OUTRAS PROFISSÕES AFINS (*Resumo*)

Consideram os autores que a saúde pública é uma disciplina específica, com caráter próprio e objetivos precisos que, embora faça uso de outras matérias, merece ser diferenciada e separada para ser ensinada e praticada.

Com base nesse marco conceptual, assinalam os autores que o ensino da saúde pública deve estimular aptidões e proporcionar conhecimentos em matéria de planeamento, organização e coordenação de serviços conducentes ao provimento do maior grau de saúde possível a uma comunidade.

Destacam que a capacitação em saúde pública deve ocorrer de forma coordenada não só com outras instituições de ensino como também com as instituições de saúde. Isso permitiria, de um lado, o melhoramento do uso dos recursos disponíveis e, de outro, a sincronização das atividades tendentes a obter uma ação unificada e harmônica.

Sustentam também os autores que o ensino não se pode limitar aos aspectos inerentes à estatística, administração, epidemiologia e outros aspectos, devendo, isso sim, abranger fatores humanísticos de motivação em prol de um empreendimento de tamanha magnitude como é a prestação de serviços de saúde a todos os indivíduos. Para tanto é indispensável a boa seleção do pessoal de saúde, bem como essencial a adequada seleção dos docentes de saúde pública, cuja atitude deve ser positiva, otimista e decidida, habilitando-os a transmitir os conhecimentos, as atitudes e as aptidões pertinentes.

COORDINATION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE COMME SPECIALITE DES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT D'AUTRES PROFESSIONS CONNEXES (*Résumé*)

Les auteurs considèrent que la santé publique est une discipline spécifique ayant son caractère propre et des objectifs précis et qui, bien qu'elle fasse appel à d'autres matières mérite de se distinguer et d'être différenciée pour être enseignée et pratiquée.

Partant de ce cadre conceptuel, ils soulignent que l'enseignement de la santé publique doit stimuler les aptitudes et conférer des connaissances de la planification, l'organisation et la coordination des services afin de permettre d'assurer le meilleur niveau possible de santé à la communauté.

Ils font observer que l'enseignement de la santé publique doit être dispensé sous une forme coordonnée non seulement avec d'autres établissements d'enseignement, mais aussi avec les établissements des services de santé. Cela permettra d'une part une meilleure utilisation des ressources disponibles, et d'autre

part la synchronisation des efforts en vue de favoriser une action unifiée et harmonieuse.

Ils font également valoir que l'enseignement ne peut se limiter aux aspects inhérents à la statistique, à l'administration, à l'épidémiologie, etc. mais qu'elle doit comporter des facteurs humanistes de motivation à l'égard d'une entreprise d'une aussi grande ampleur que celle de la prestation de soins de santé à toute la population. C'est ce qui rend indispensable le bon choix des agents de santé mais aussi une sélection adéquate des professeurs de santé publique, qui doivent avoir une attitude positive, optimiste et résolue afin de pouvoir transmettre les connaissances, attitudes et aptitudes pertinentes.

Coordinación de la enseñanza de la salud pública con las unidades de servicio: la experiencia cubana¹

FRANCISCO ROJAS OCHOA² Y ZORAIDA AMABLE AMBROS³

En Cuba se ha establecido y consolidado en los últimos 20 años una nueva formación económica y social: la sociedad socialista. La construcción de esta sociedad es un proceso consciente y planificado, que condiciona la creación de sistemas integrales, centralmente regulados, para la dirección y ejecución de las actividades más relevantes de la vida económica y social.

Uno de estos sistemas es el de salud: único, centralmente planificado y controlado, descentralizado a los efectos del desarrollo de sus actividades, integral, de cobertura nacional, que se apoya fuertemente en la participación popular. El sistema nacional de educación, con características similares, rige esta actividad. Para la mejor relación de estos dos sistemas se ha creado un subsistema de educación médica, como componente del sistema de salud. Los principios y normas generales de este subsistema son los del sistema nacional de educación. Este subsistema también ha sido llamado de formación de recursos humanos.

Uno de los principios básicos de nuestro sistema de educación, variante fundamental del principio de vincular la teoría con la práctica, es la combinación del estudio y el trabajo (1). La aplicación de este principio en la enseñanza de la salud pública condiciona y asegura la coordinación de la actividad docente con la de servicios en el sector salud. Este principio de teoría y práctica se aplica también en la prestación de servicios de salud. Junto a esta unidad de principios, la unidad del sistema de salud facilita la coordinación, al subordinar en cada nivel de la organización la docencia y los servicios a un mismo centro de dirección y control.

La formación y perfeccionamiento del personal de salud pública en el país está ampliamente diversificada y se realiza por diferentes centros de enseñanza; en todos la coordinación entre docencia y servicios se produce

¹Preparado con motivo de la XI Conferencia de Programas de Enseñanza de Salud Pública de América Latina y el Caribe, Kingston, Jamaica, 15-20 de noviembre de 1981.

²Director General, Instituto de Desarrollo de la Salud, La Habana, Cuba.

³Investigadora, Instituto de Desarrollo de la Salud, La Habana, Cuba.

mediante procedimientos similares. Esto lo asegura la existencia de normas y métodos, centralmente elaborados y controlados, de cumplimiento obligatorio por todos los centros de enseñanza y cursos descentralizados, sean estos ejecutados por unidades del Ministerio de Salud Pública o de los órganos de gobierno provinciales o municipales. Este es un principio organizativo fundamental del subsistema de educación médica del sistema de salud.

El Instituto de Desarrollo de la Salud, centro de investigación, docencia y servicios, es una de las unidades del sistema que forma personal de salud pública a nivel de posgrado. Su tarea básica es la investigación en servicios de salud, pero su trabajo docente ocupa un lugar importante en el sistema.

El Instituto imparte cursos de administración de salud y bioestadística para la formación de personal a nivel de maestría y especialistas de primer grado. Los cursos están estructurados de modo tal que cada etapa o unidad de los mismos termina con una "práctica de servicios" que se realiza en unidades del sistema de salud con participación de su personal como docentes.

Esta participación es objeto de reconocimiento formal por el centro de enseñanza, y tiene como consecuencia directa la actualización teórica del personal de los servicios.

Cada práctica produce un informe sobre el objeto de estudio, que frecuentemente es utilizado como documento de trabajo por los cuadros de dirección de las unidades aplicativas y los órganos de dirección de estas, contribuyendo de este modo al mejoramiento de los servicios, o sea un producto del trabajo docente en el desempeño de la función de control.

Esta práctica va precedida de la elaboración de un proyecto de trabajo o protocolo, que le confiere a la misma, por su contenido y calidad, el carácter de investigación, y es aprobado por los docentes del curso. Pero el ejercicio docente de más elevada exigencia en su calidad que deben realizar los educandos es su trabajo de diploma, requisito para la obtención del grado que se les otorga al final del curso, y que debe ser defendido ante un tribunal estatal. Los temas objeto de estos trabajos son escogidos por la Dirección Docente del Instituto, de acuerdo con los intereses de los servicios asistenciales, en relación con problemas cuyo estudio permitirá argumentar científicamente la solución del asunto seleccionado.

Los principios metodológicos y la metódica que se emplea hace de estos trabajos una investigación científica aplicada, orientada a la solución de un problema concreto de los servicios. Se logra así una coordinación estrecha entre servicios, docencia e investigación, de resultados muy

positivos para el perfeccionamiento del sistema de salud (figura 1). La introducción en la práctica de los resultados de estas investigaciones queda así asegurada desde su origen de modo rápido (2).

Un ejemplo reciente de investigación en servicios ha sido la confección del plan quinquenal de salud de cada una de las provincias del país.

Un equipo de alumnos, docentes y funcionarios de los órganos de planificación del Ministerio de Salud Pública y de las provincias, bajo la dirección de docentes investigadores del Instituto, elaboró en primer término la "metodología" única para aplicar en cada estudio provincial.

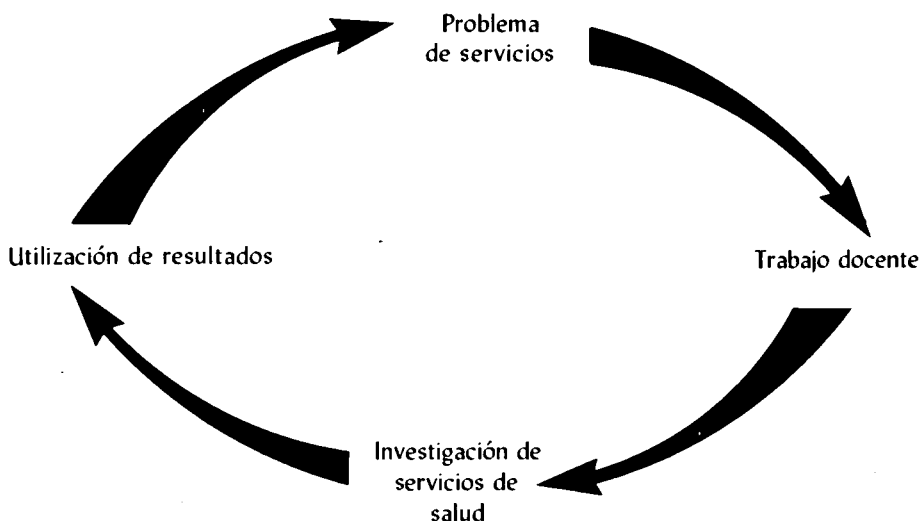
Un alumno (médico o estomatólogo en fase final de su plan de especialización), bajo la dirección de un tutor, con asesoría y colaboración de funcionarios de las provincias, se hizo cargo de la labor investigativa y de la elaboración final del plan de la provincia. El plan así elaborado fue discutido y aprobado por las autoridades del sector salud de la provincia.

Finalmente, los docentes del Instituto elaboran un análisis del conjunto de los trabajos provinciales, con conclusiones y recomendaciones de carácter global e integral.

Tomaron parte en el trabajo los directores provinciales de salud y los jefes de planificación a ese nivel así como del nivel central, en calidad de tutores o asesores.

Más importante aún fue el hecho de que esta tarea se originó en una solicitud de la Dirección de Política de Salud del Ministerio de Salud Pú-

Figura 1. Coordinación entre servicios, docencia e investigación.



blica, expresión concreta del vínculo entre servicio, docencia e investigación en esta esfera.

Otros trabajos han centrado sus objetivos en la búsqueda de soluciones a problemas concretos de una unidad de servicios. Entre otros, se han estudiado problemas organizativos de servicios hospitalarios de urgencia y de unidades intensivas. En estos casos los temas fueron sugeridos al Instituto por los propios hospitales en que se ejecutaron los trabajos, con la participación del personal de los mismos.

Además se han realizado trabajos cuyo fin ha estado dirigido a perfeccionar la propia experiencia docente del centro. Algunos títulos son "Administración y Administración de Salud: Principios Metodológicos Generales" y "Educación Continuada para Especializados en Administración de Salud".

Otra forma de coordinación de la enseñanza de la salud pública con las unidades de servicio es la participación de los educandos en tareas especialmente escogidas por su trascendencia y necesidad de personal para su ejecución. Así se refuerzan servicios temporalmente, a veces de modo emergente, con el valioso personal que son los alumnos. Un ejemplo típico ha sido la incorporación de estos a la lucha contra las recientes epidemias de dengue ocurridas en el país en 1977 y 1981.

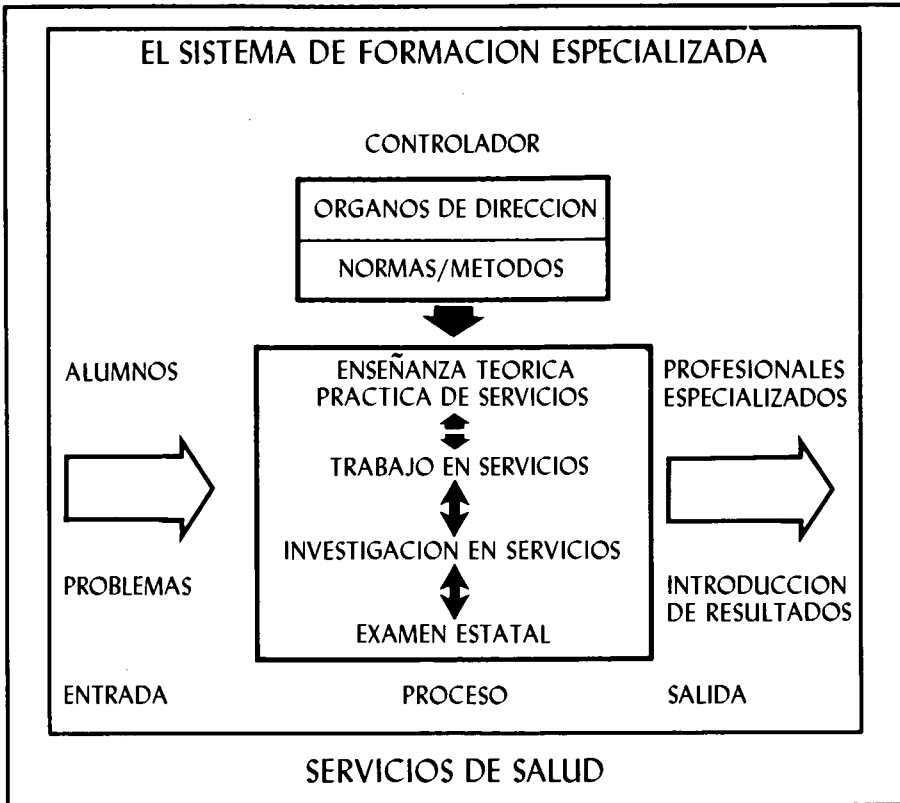
También se ha coordinado la utilización de recién egresados de nuestros cursos de especialización, antes de asumir su nuevo puesto de trabajo, en misiones de asistencia técnica internacional, contribuyendo a realizar estudios para el diagnóstico del estado de salud de la población, a nivel de región, en Angola (1979) y Nicaragua (1981).

Se ha enfatizado la participación de los educandos en investigaciones. Esto es consecuencia de la naturaleza misma del Instituto donde se forman, que tiene como función principal la investigación en servicios de salud. Esta se realiza en estrecha vinculación con la función docente (figura 2).

El perfeccionamiento de la coordinación entre la enseñanza de la salud pública y las unidades de servicio del sistema de salud hasta alcanzar la integración de la docencia y los servicios es objeto de especial atención en el momento actual. En efecto, estudiando e interpretando la larga experiencia acumulada en este sentido en la URSS y la República Democrática de Alemania se está diseñando en el Instituto un método de formación de especializados en administración de salud que llamamos "curso dirigido" y es muy probable que se aplique en Cuba a partir del próximo año escolar.

Es característica principal de este modo de enseñanza que el educando

Figura 2. El sistema de formación especializada y los servicios de salud.



permanezca en su puesto en la organización, pero en su contenido de trabajo se asigna un número de horas para realizar el plan de estudios correspondiente a su especialización. El puesto de trabajo en que permanece es de un perfil ocupacional correspondiente al de los estudios que realiza. La duración del plan se prolonga con respecto a los cursos regulares hasta 1.5 ó 2 veces la duración de aquel.

Además de aprobar el programa académico del curso, el método incluye los siguientes procedimientos:

- estudio de casos de problemas de administración (reales).
- trabajos de curso teórico/prácticos.
- elaboración de proyectos y participación en la introducción en la práctica de las recomendaciones surgidas en las actividades previamente mencionadas.
- cambios horizontales en su actividad en los servicios.
- cambios de contenido técnico en los cargos que ocupan.

- incorporación de nuevas tareas al mismo cargo.
- redistribución periódica de funciones entre funcionarios dependientes del mismo mando.
- asignación de tareas extraordinarias con carácter temporal.
- asistencia y participación activa en congresos, simposios, conferencias, etc.

La ejecución de este plan implica una estrecha coordinación entre el centro que rige la actividad docente y la unidad de servicios donde trabaja el personal en formación. Esto solo es posible en el marco de un sistema único, con normas y dirección superior centralizados, como se da en nuestro caso.

En este método de enseñanza, como queda dicho, se mantiene la realización de un trabajo investigativo al final del curso. El tema será una investigación aplicada en servicios de salud.

No obstante el nivel de coordinación alcanzado, se busca su perfeccionamiento, lo que ha llevado a revisar la estructura organizativa de nuestro centro de investigación y enseñanza, así como el plan temático de investigaciones.

El principio rector para redefinir la estructura del centro ha sido asegurar una más estrecha coordinación entre este y las unidades organizativas del Ministerio de Salud Pública. Se espera así perfeccionar el método de selección de los temas que serán objeto de investigación, según los problemas identificados y priorizados por la organización de salud (3).

Sobre estas bases se han establecido las siguientes unidades: planificación y economía de la salud, organización de la atención médica, estadística sanitaria y problemas teóricos de la salud pública. Cada una de ellas encuentra correspondencia en un área de contenido de trabajo homólogo en el Ministerio.

Una fase subsiguiente será la discusión del plan temático de investigaciones del Instituto con cada una de estas áreas, hasta la aprobación final por la más altas autoridades del sector. En esa forma se asegura una mejor coordinación entre el centro de enseñanza y las unidades de dirección y de servicio, tanto a nivel superior como en las propias unidades aplicativas donde pueden trabajar, estudiar e investigar nuestros profesionales.

La investigación, a su vez, cobra un significado mayor como instrumento docente, y al mismo tiempo se convierte en camino efectivo para la búsqueda y aplicación de soluciones a problemas concretos de los servicios de salud.

Con esto último se da cumplimiento concreto a uno de los principios fundamentales de la Tesis sobre Política Científica Nacional del Primer

Congreso del Partido Comunista de Cuba (PCC) (1975) que indica dar prioridad a las investigaciones aplicadas con vista a la solución de los problemas inmediatos del desarrollo del país (4). Igualmente se contribuye al perfeccionamiento de la dirección científica de la salud pública, que constituye el contenido de trabajo de la primera indicación de los lineamientos económicos y sociales para el quinquenio 1981-1985, en el sector salud, en el Segundo Congreso del PCC (1980) (5).

RESUMEN

Los autores dan cuenta de la formación de personal de salud pública en Cuba, la cual está ampliamente diversificada y se realiza por diferentes centros de enseñanza del país. El sistema establecido asegura la coordinación de la actividad docente en salud pública y la de los servicios de salud. Existen normas y métodos de cumplimiento obligatorio por todos los centros y cursos descentralizados.

El Instituto de Desarrollo de la Salud es una de las unidades del sistema de salud que capacita personal de salud pública a nivel de posgrado. En él se imparten cursos de administración de salud y bioestadística para la formación de personal a nivel de maestría y especialistas de primer grado. Cada etapa de los cursos se completa con una "práctica de servicios" que se realiza en unidades del sistema de salud con la participación de su personal como docentes. Las prácticas van precedidas de la elaboración de un proyecto de trabajo que hace que estas se conviertan en verdaderas investigaciones científicas aplicadas, orientadas a la solución de un problema concreto de los servicios. Con ello se logra una estrecha coordinación entre los servicios, la docencia y la investigación que arroja resultados muy beneficiosos para el desarrollo del sistema de salud.

COORDINATION BETWEEN PUBLIC HEALTH TEACHING AND THE SERVICE UNITS: THE CUBAN EXPERIENCE (*Summary*)

The authors report on education for public health personnel in Cuba: it is a broadly diversified training, given in different teaching centers in the country.

The system established ensures that public health teaching is coordinated with the work of the health services. There are mandatory rules and methods that must be followed by all the decentralized centers and courses.

The Health Development Institute is one of the health system units that trains public health personnel at the post-graduate level. Courses are given in health administration and biostatistics leading to specialized M.A. and B.A. degrees. Each stage of the courses ends with a "practical service", done in units of the health system whose staff participate as teachers. The practical work is preceded by preparation of a work proposal, which turns the practice into what is in fact applied scientific research designed to solve a specific problem of the services. This makes for close coordination between the services, teaching and research, which is of great benefit for development of the health system.

COORDENAÇÃO DO ENSINO DE SAÚDE PÚBLICA COM AS UNIDADES DE SERVIÇO: A EXPERIÊNCIA CUBANA (*Resumo*)

Dão conta os autores da formação de pessoal de saúde pública em Cuba, atividade amplamente diversificada e realizada por diferentes centros nacionais de ensino. O sistema estabelecido assegura a coordenação da atividade docente em saúde pública e a operação dos serviços de saúde. Todos os centros e cursos descentralizados devem observar normas de cumprimento compulsório.

Uma das unidades do sistema de saúde é o Instituto de Desenvolvimento da Saúde, que capacita pessoal de saúde pública ao nível de pós-graduação. O Instituto oferece cursos de administração sanitária e bioestatística para a formação de pessoal ao nível de mestrado e de especialistas de primeiro grau. Cada etapa dos cursos é completada com uma "prática de serviços" em unidades do sistema de saúde, com a participação de seu pessoal na qualidade de docentes. Precede essas práticas a elaboração de um projeto de trabalho que as converte em verdadeiras pesquisas científicas aplicadas e orientadas para a solução de um problema concreto de serviço. Obtém-se assim uma estreita coordenação entre os serviços, a docência e a pesquisa, que gera resultados muito benéficos para o desenvolvimento do sistema de saúde.

COORDINATION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE AVEC LES SERVICES DE SANTÉ: L'EXPÉRIENCE CUBAINE (*Résumé*)

Les auteurs décrivent la formation de personnel de santé publique à Cuba qui est largement diversifiée et dispensée par différents centres d'enseignement du pays. Le système établi assure la coordination de l'activité de formation en matière de santé publique avec l'activité des services de santé. Il existe des normes et des méthodes obligatoires pour tous les centres et cours décentralisés.

L'Institut de développement de la santé est l'une des unités du système de santé qui forme un personnel de santé publique de niveau post-universitaire. Il y est donné des cours d'administration de la santé et de biostatistique pour la formation de personnel au niveau de la maîtrise et de spécialistes de grade 1. Chaque phase de ces cours se termine par un stage effectué dans des établissements du système de santé avec la participation de leur personnel en qualité d'enseignant. Ces stages sont précédés de l'élaboration d'un projet de travail qui les transforme en de véritables enquêtes scientifiques appliquées, orientées dans la recherche de solutions à un problème concret des services. C'est l'occasion de l'établissement d'une étroite coopération entre les services, les enseignants et l'enquête qui produit des résultats particulièrement bénéfiques pour le développement du système de santé.

Public health training programs at the University of the West Indies¹

KENNETH L. STANDARD, MILTON PINNOCK, AND
ALLA K. KUMAR²

Although a medical school was established at the University of the West Indies as early as 1948, organized public health training began with the establishment of a Department of Social and Preventive Medicine in April 1957. The main objective at that time was to improve the undergraduate teaching facilities to enable medical students to study patients in their homes and social environment, and to introduce students to the wider aspects of illness. Besides the basic public health courses offered in medical school, the Department organized conferences, seminars, workshops, and short courses throughout the Region in collaboration with other agencies and organizations.

Formal postgraduate public health preparation began in January 1972 with the Diploma in Public Health course which aimed at providing medical practitioners postgraduate training relevant and appropriate to the needs of the West Indies. Later, in 1974, the Diploma in Community Health was introduced for non-physicians.

DIPLOMA IN PUBLIC HEALTH

Candidates must be registered medical practitioners with two or more years medical experience in approved positions after graduation. The 12-month course includes compulsory and elective subjects and a three-month period of supervised field training and research.

To date, 31 candidates representing five countries in the West Indies and one African state have received training under this program. Table 1 indicates the range of participation by country for the period 1972-1980.

¹Presented at the XI Conference of Public Health Training Program of Latin America and the Caribbean, Kingston, Jamaica, 15-20 November 1981.

²Department of Social and Preventive Medicine, University of the West Indies, Kingston, Jamaica.

Table 1. Distribution of candidates for the Diploma in Public Health, by country and year attended, 1972-1980.

Country	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	Total
Barbados	1	1	-	-	-	2	-	-	-	4
Belize	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Guyana	1	-	-	1	-	-	-	-	-	2
Jamaica	2	2	3	4	1	1	1	1	1	16
Tanzania	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Trinidad and Tobago	-	1	1	-	2	1	2	-	-	7
Total	4	4	4	5	4	4	3	2	1	31

Source: Records, Department of Social and Preventive Medicine, University of the West Indies, Kingston, Jamaica.

DIPLOMA IN COMMUNITY HEALTH

This course was designed to assist students in acquiring knowledge of health and diseases of man in his total environment, and in developing the necessary skills and attitudes for effective participation in the delivery of health care and for the promotion of individual and community health.

The course provides training for leadership in various sections of health service. Since the course is structured in association with the Diploma in Public Health, certain core subjects are common to both courses. This approach offers an excellent opportunity for interdisciplinary activity, essential for the promotion of the health team concept.

Candidates may enroll either in: 1) the general program; 2) specialization in health education; or 3) specialization in health services administration/hospital administration.

The course is offered to persons who are working or intend to work in the health professions or allied fields. A candidate must be: either a graduate of an approved university, or a person who is technically or professionally certified by an approved body, or has qualifications of special relevance to the course, and who, in the opinion of the University, has had at least five years of relevant practical experience.

The 12-months course has a structural internship of six months for options 2 and 3. An important feature of these courses is their interdisciplinary approach; aside from joint sessions in core areas, interdisciplinary seminars are held in the final term when topics of multidisciplinary nature and issues in community health are discussed. Current events at territori-

al, regional, and international levels are extensively used as case material in these seminars.

Presentation of a project report is part of the requirement for the Diploma in Public Health/Diploma in Community Health. Basically, the project should be the student's own effort and should reflect the study of an area of his/her own interest. In addition, each candidate is required to undertake a specific field work assignment which provides an opportunity to participate in some aspects of health care of particular interest and relevance to him/her. Both assignments are done during the third term from July to September. Table 2 indicates of the range of participants in this course by country for the period 1974-1980.

Designed to maximize student participation and individual guidance by the faculty, the class size ranges from 12-34 and averages 20 participants. Distribution by option (Table 3) shows a preference for the general program which perhaps gives the graduate a more rounded education suitable to the needs of small states.

In line with its multidisciplinary approach, participants from nursing, health administration, public health inspection, medical laboratory tech-

Table 2. Distribution of candidates for the Diploma in Community Health, by country and year attended, 1974-1980.

Country	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	Total
Anguilla	-	-	-	-	1	-	-	1
Antigua and Barbuda	-	-	1	-	-	-	-	1
Bahamas	-	-	-	-	1	1	1	3
Barbados	-	4	3	4	-	1	-	12
Belize	-	-	-	-	-	-	1	1
Dominica	-	-	-	1	1	-	-	2
Grand Cayman	-	-	-	-	-	-	1	1
Grenada	-	-	1	-	-	-	-	1
Guyana	-	1	4	2	1	1	-	9
Haiti	-	-	-	-	-	1	-	1
Jamaica	12	17	19	7	16	12	14	97
Monsterrat	-	-	1	-	1	-	-	2
Saint Lucia	-	-	2	-	1	1	-	4
St. Kitts	-	-	-	1	-	-	-	1
St. Vincent	-	1	2	-	-	-	-	3
Trinidad and Tobago	-	-	1	2	-	-	1	4
Total	12	23	34	17	22	17	18	143

Source: Records, Department of Social and Preventive Medicine, University of the West Indies, Kingston, Jamaica.

Table 3. Distribution of candidates for the Diploma in Community Health according to options, by country, 1974-1980.

Country	Options			Total
	General	Health education	Health services administration/hospital administration	
Anguilla	1	-	-	1
Antigua and Barbuda	-	1	-	1
Bahamas	2	-	1	3
Barbados	8	2	2	12
Belize	1	-	-	1
Dominica	1	-	-	1
Grand Cayman	1	-	-	1
Grenada	1	-	-	1
Guyana	5	4	-	9
Haiti	-	1	-	1
Jamaica	74	19	4	97
Monsterrat	1	1	-	2
Saint Lucia	2	2	-	4
St. Kitts	-	-	1	1
St. Vincent	-	1	2	3
Trinidad and Tobago	-	3	1	4
Total	97	34	11	143

Source: Records, Department of Social and Preventive Medicine, University of the West Indies, Kingston, Jamaica.

nology, agriculture, and general education have participated in the course.

Outline of the Courses

These comprehensive courses offer core subjects in the health services administration (organization and management of the health services); social sciences (behavioral sciences, economics, and politics and their impact on health and the delivery of health care); environmental health which includes occupational health, epidemiology, and biostatistics; family health which includes nutrition and family planning; communication sciences which includes health education and human relations; and community mental health. Overall assessment of the candidate's performance is made on the basis of course work, project report, and a final test consisting of written papers and an oral examination at the end of Term IV.

SUMMARY

The Department of Preventive Medicine of the University of the West Indies was established in 1957 with the idea of improving undergraduate teaching facilities to enable medical students to study patients in their homes and social environment.

The authors describe the two public health diploma programs available at the University and cite pertinent enrollment and geographic distribution statistics. Candidates for the Diploma in Public Health are registered medical practitioners who take a series of compulsory and elective subjects and have a period of supervised field training and research during the 12-month course. The Diploma in Community Health trains students in the health and diseases of man in his total environment. Students choose among three program options: the general program, specialization in health education, or specialization in health services administration/hospital administration. The general program is the most popular because it gives the student a rounded education suitable to the needs of small states. The 12-month diploma course features the interdisciplinary approach where students from various fields discuss important issues in community health. Comprehensive courses in these areas include health services administration, social sciences, environmental health, epidemiology and biostatistics, family health, communication science, and community mental health. The authors state that the candidate for the Diploma in Community Health is assessed on the basis of course and field work, a special project report, and a final written and oral examination.

PROGRAMAS DE ENSEÑANZAS DE SALUD PUBLICA EN LA UNIVERSIDAD DE LAS INDIAS OCCIDENTALES (*Resumen*)

El Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de las Indias Occidentales se estableció en 1957 con el fin de mejorar los servicios de enseñanzas de grado para que los alumnos de medicina pudieran estudiar casos en el propio hogar y en el medio social de los pacientes.

Los autores describen dos programas de estudios para obtención del diploma de salud pública que existen en la Universidad y ofrecen datos estadísticos pertinentes sobre matrícula y distribución geográfica. Los aspirantes al diploma de salud pública son médicos colegiados que han de estudiar una serie de materias obligatorias y otras facultativas, y seguir un período de prácticas e investigaciones bajo supervisión durante el curso, que dura 12 meses. Para obtener el

diploma en salud de la comunidad, los alumnos han de estudiar las condiciones de salud y morbilidad en el medio humano, considerado en su conjunto. Los alumnos tienen tres posibilidades de opción: el programa general, la especialidad de educación sanitaria o la especialidad de administración de servicios de salud/hospitales. El programa general se elige más a menudo porque da al alumno una formación de conjunto, adecuada a las necesidades de los pequeños estados. El curso de 12 meses para obtener el diploma tiene un carácter interdisciplinario que permite a los alumnos de diversas especialidades examinar aspectos importantes de salud de la comunidad. Los cursos completos de esas especialidades son los de administración de servicios de salud, ciencias sociales, salud ambiental, epidemiología y bioestadística, salud de la familia, ciencias de la comunicación y salud mental de la comunidad. Los autores señalan que para obtener el diploma de salud de la comunidad, los criterios de evaluación de alumnos son su labor académica y práctica, el informe especial que presenten sobre algún proyecto y los resultados del examen final, oral y escrito.

PROGRAMAS DE TREINAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA NA UNIVERSIDADE DAS ÍNDIAS OCIDENTAIS (*Resumo*)

O Departamento de Medicina Preventiva da Universidade das Índias Ocidentais foi fundado em 1957 com a idéia de melhorar instalações docentes, de modo a habilitar estudantes de medicina a estudar pacientes em seus domicílios e em seu ambiente social.

Os autores descrevem os dois programas de diplomação em saúde pública oferecidos pela Universidade e fornecem dados pertinentes sobre matrícula e distribuição geográfica. Os candidatos a Diploma em Saúde Pública são profissionais da medicina, que estudam uma série de matérias compulsórias e eletivas e que, durante os 12 meses de duração do curso, completam um período supervisionado de três meses de treinamento e pesquisa de campo. O Diploma em Saúde Comunitária forma estudantes em matéria de saúde e doença do homem em seu ambiente integral. Os estudantes podem optar por três programas, a saber: o programa geral, a especialização em educação sanitária ou a especialização em administração de serviços de saúde/administração hospitalar. Mais popular é o programa geral, porque proporciona ao estudante uma educação abrangente, própria para as necessidades de pequenas nações. O curso de 12 meses adota o critério interdisciplinar, em que estudantes de vários campos discutem importantes questões de saúde comunitária. Nessas áreas, os cursos incluem as seguintes disciplinas: administração de serviços de saúde, ciências sociais, saúde ambiental, epidemiologia e bioestatística, saúde familiar, ciência das comunicações e saúde mental comunitária. Informam os autores que os candidatos ao Diploma em Saúde Comunitária é avaliado com base em seu trabalho acadêmico e de campo, num relatório de projeto especial e num exame final, tanto escrito como oral.

PROGRAMMES D'ÉTUDE DE SANTÉ PUBLIQUE À L'UNIVERSITÉ DES ANTILLES (*Résumé*)

Le Département de médecine préventive de l'université des Antilles a été créé en 1957 en vue d'améliorer les conditions d'étude et de permettre aux étudiants en médecine d'étudier les patients dans leurs foyers et dans leur environnement social.

Les auteurs décrivent les deux programmes de préparation au diplôme de santé publique offerts par l'université et fournissent des statistiques intéressantes sur les effectifs et la répartition géographique. Les candidats au diplôme de santé publique sont des médecins qui prennent une série de cours obligatoires et d'options et ont une période de formation sur le terrain et de recherche dans le cadre de ce programme de 12 mois. Le diplôme de santé communautaire est décerné aux personnes qui ont étudié la santé et les maladies de l'homme dans son environnement total. Les candidats peuvent choisir entre trois programmes: le programme général, la spécialisation en enseignement sanitaire ou la spécialisation en administration des services de santé/administration hospitalière. Le programme général est le plus demandé car il offre aux candidats un enseignement complet adapté aux besoins des petits pays. Les cours de 12 mois suit une approche interdisciplinaire par laquelle des étudiants de divers domaines discutent d'importantes questions de santé communautaire. Les cours complets dans ces domaines traitent de l'administration des services de santé, des sciences sociales, de la médecine de l'environnement, de l'épidémiologie et des biostatistiques, de la santé familiale, de la science de la communication et de la santé mentale communautaire. Les auteurs indiquent que le candidat au diplôme de santé communautaire est jugé sur la base de son travail en cours et sur le terrain, d'un rapport sur un projet spécial et d'un examen final écrit et oral.

Estado actual de la enseñanza de la salud pública en Centroamérica y Panamá¹

JORGE HADDAD²

ANTECEDENTES

Durante los dos últimos decenios, las universidades y los ministerios de salud de los países centroamericanos han intentado en varias ocasiones establecer una escuela de salud pública en el área, y por lo menos tres de los seis países han expresado interés en convertirse en sede de una institución de esa naturaleza.

A raíz del giro tomado por los planes nacionales de salud a partir del Plan Decenal de Salud para las Américas (1971-1980), los ministerios y otras instituciones del sector salud experimentaron una demanda urgente de personal profesional capacitado en esta disciplina a efectos de poder organizar, dirigir y poner en marcha los distintos programas de salud que consideraban pertinentes. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud tomaron interés en el estudio de estas inquietudes y por lo menos dos misiones internacionales fueron integradas en su oportunidad para estudiar, sobre el terreno, la factibilidad de los proyectos mencionados.

Al no haberse concretado la mayoría de estas aspiraciones, los países han utilizado las escuelas de salud pública existentes en diversos países latinoamericanos y en los Estados Unidos para la capacitación de su personal en salud pública. Es de mencionar, además, la organización y el establecimiento de un curso de salud pública con énfasis en nutrición y atención maternoinfantil que se ofrece desde hace varios años en el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, (INCAP), con sede en Guatemala que también ha dado su apoyo para la capacitación del personal centroamericano interesado. En la mayoría de los casos, asiste fundamentalmente a estos cursos personal médico y de enfermería.

¹Presentado en la XI Conferencia de Programas de Enseñanza de Salud Pública de América Latina y el Caribe, Kingston, Jamaica, 15 a 20 de noviembre de 1981.

²Director del Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centroamérica y Panamá (PASCCAP), San José, Costa Rica.

LA SITUACION ACTUAL

A pesar de los esfuerzos realizados por los países y la OPS, la preparación de personal en salud pública continúa siendo escasa en relación con la demanda existente. El problema no es solo cuantitativo sino también cualitativo, debido a las necesidades de capacitación que se generan en los cambios en la política de salud de los países; a modificaciones que han estado ocurriendo en el área centroamericana en los aspectos social, político, económico y demográfico; a la estructura de los programas de salud; a la incorporación de otros grupos de trabajadores al quehacer en pro de mejores condiciones de salud, y al compromiso de los Gobiernos de orientar sus acciones hacia el logro de mejores condiciones de vida para la mayor parte de la población en el año 2000 y hacia la aplicación de una estrategia de atención primaria como mecanismo más viable para el logro de la meta de salud para todos.

Los funcionarios de los ministerios de salud pueden optar por becas de la OPS para hacer estudios de salud pública en algunas de las escuelas existentes en países latinoamericanos. Por lo general, se trata de cursos a nivel de maestría de un año académico de duración, siendo la mayoría de los participantes en ellos médicos o enfermeras.

Ante esta situación, los países han comprendido que existe una urgente necesidad de iniciar, a corto plazo, acciones que le permitan enfrentar en forma más efectiva los problemas de capacitación de recursos humanos en cantidad suficiente para satisfacer la demanda, con la participación de todos los tipos de personal que requieren las actividades, sobre todo de atención primaria, y con un contenido educacional acorde con las nuevas estrategias que los países están aplicando. El panorama centroamericano actual a este respecto se puede resumir así:

En *Guatemala* funciona en forma regular el curso de salud pública con énfasis en nutrición y atención maternoinfantil ya mencionado.

En *Costa Rica* el Ministerio de Salud y el Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centroamérica y Panamá (PASCAP) han preparado un curso de salud pública de seis meses de duración, destinado a los médicos en servicio social, en el que se incluye la capacitación en los programas y estrategias definidos por el país en su programa de extensión de la cobertura. Asimismo, se ha preparado un programa de capacitación en administración de salud, que se describe más adelante, con la participación del PASCAP, del Instituto Centroamericano de Administración Pública, la Universidad Estatal a Distancia y la Universidad de Costa Rica.

En *Nicaragua* el PASCCAP y el Ministerio de Salud Pública han iniciado un curso de administración en salud de 19 semanas de duración para equipos de dirección hospitalaria; la parte teórica se lleva a cabo en *Managua* y la práctica en terreno tendrá lugar en los hospitales y servicios de salud del Ministerio de Salud de *Costa Rica*.

En *Honduras* el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el PASCCAP han iniciado la realización de "talleres de sensibilización" para funcionarios de las regiones sanitarias, a todos los niveles, sobre el alcance de la meta para el año 2000 y los efectos que tiene sobre los programas y la salud pública en general.

En *Panamá* está en preparación un curso de epidemiología para enfermeras y uno de salud pública para médicos en servicio social.

UNA ALTERNATIVA DIFERENTE

El PASCCAP ha preparado un modelo de capacitación en relación con la meta de salud para todos en el año 2000 y una propuesta metodológica para la capacitación en atención primaria. El adiestramiento de personal que se persigue se desarrolla en dos fases:

1. Formación de equipos multiplicadores en los países, en actividades de tipo multinacional:

- Un primer curso-taller, con 21 participantes, se llevó a cabo en *San José y Nicoya, Costa Rica*, en septiembre de 1981.
- Un segundo curso-taller, con 22 participantes, se realizó en *San Pedro Sula, Honduras*, en octubre de 1981.
- Un tercer curso multinacional, que se ofrecerá en marzo de 1982, tendrá las siguientes modalidades:
 - a) Los participantes provendrán de otros sectores que tienen relación con el sector salud (educación, agropecuario, comunicaciones, economía).
 - b) Se propondrá la participación de funcionarios de niveles de decisión en los sectores mencionados.
- Un cuarto curso, que se ofrecerá hacia mediados de 1982, está destinado a funcionarios de las universidades y las instituciones de seguridad social.

2. Capacitación de personal nacional, tanto de nivel central como de los niveles regionales y locales, con los equipos multinacionales formados en estos cursos. Se propone que la responsabilidad primaria de las actividades de capacitación esté en manos de los funcionarios nacionales adiestrados en los cursos internacionales, y que el apoyo técnico sea proporcio-

nado por funcionarios de otros países del área, que también hayan sido participantes en dichos cursos, mediante un intercambio apropiado para la creación de un modelo de cooperación técnica entre países en desarrollo.

Objetivos

Fundamentalmente, se persigue la difusión y toma de conciencia sobre las implicaciones y el significado de la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria y sus componentes. Específicamente, se trata de capacitar personal de todos los niveles en los asuntos relativos a la atención primaria, en la ejecución de los componentes programáticos que cada país haya decidido desarrollar en la aplicación de una metodología apropiada para determinar y subsiguientemente satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje de los funcionarios y de la comunidad.

Estructura del curso

Las actividades se agrupan en dos unidades de aprendizaje.
La primera unidad está dividida en cuatro secciones:

1. La meta de salud para todos en el año 2000.
2. La estrategia de atención primaria.
3. Los componentes estratégicos de la atención primaria.
4. Los componentes programáticos de la atención primaria.

La segunda unidad consta de las siguientes secciones:

1. Educación, cultura, enseñanza y aprendizaje.
2. Identificación de necesidades básicas de aprendizaje-comunicación.
3. Una propuesta metodológica para promover el aprendizaje en atención primaria.
4. Tecnología educacional apropiada.

Metodología

1. El marco de referencia es provisto por:

- El documento básico del curso (Consideraciones básicas sobre la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria, Publicación PASCCAP No. 1, 1981), que fue preparado por un grupo de trabajo de PASCCAP

y revisado ulteriormente por un grupo de funcionarios de los seis países centroamericanos.

- Una presentación sobre la situación mundial de salud, la situación centroamericana, y el análisis de la situación de cada país, realizado por cada grupo-país. Los orígenes de la decisión multinacional sobre la meta son expuestos y analizados críticamente por el grupo de participantes.

- Un panel sobre atención primaria, en que se analiza el concepto, la Declaración de Alma-Ata, y las definiciones nacionales al respecto.

- Presentación de casos de estudio.

2. Los componentes estratégicos de la atención primaria se tratan en forma de análisis crítico, mediante:

- Material de apoyo bibliográfico.

- Diapofonogramas sobre una situación de país.

- Filmados (por ejemplo, un modelo de coordinación intersectorial que muestra claramente la metodología utilizada, los mecanismos de esa articulación y los resultados obtenidos).

- Presentación de casos reales nacionales (tales como el proceso de participación popular en Costa Rica y la aplicación de tecnología apropiada en el área maternoinfantil en Guatemala).

3. Los componentes programáticos se abordan en la forma siguiente:

- Análisis de lo que es un programa, un componente programático y una apertura programática.

- Metodología para la identificación de necesidades básicas en la población (se aborda mediante ejercicios).

- Preparación de un programa de acuerdo con las necesidades básicas de la población, (mediante ejercicios y el estudio de casos).

- Articulación de componentes estratégicos y programáticos (mediante la observación, en el terreno, de la organización y operación de los servicios en distintos niveles de atención, la discusión con grupos de la comunidad y el análisis ulterior de los programas) y estudio del Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000.

4. La unidad de metodología educacional se aplica a lo largo del curso (mediante el uso de diversas técnicas de aprendizaje y la discusión frecuente de las mismas).

5. Todas las secciones de la unidad constan de abundante material bibliográfico, que incluye un volumen con documentos nacionales que describen el sistema de salud del país sede del curso, los formularios y otros documentos utilizados en el sistema de información y los que se usan en el proceso de referencia de pacientes.

En el componente de administración, el proyecto incluye actividades de diversos campos educacionales: capacitación, en forma modularizada, de ejecutivos y de personal operativo, producción de material para autoinstrucción y para educación a distancia, producción de módulos sobre temas específicos, y cursos y seminarios cortos (este último aspecto está en fase de producción).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Es conveniente la revisión curricular en los cursos y las escuelas de salud pública en vista de las nuevas demandas que se han producido como consecuencia de la reorientación que se está dando a los programas de salud para el logro de las metas y el desarrollo de las nuevas estrategias durante los próximos 20 años.

2. La investigación educacional debe orientarse a la búsqueda de nuevas tecnologías y estrategias educacionales para incluir a otro tipo de personal en la capacitación en salud pública. Esto compete también a la naturaleza y tipo de materiales de apoyo a utilizar.

3. Los países centroamericanos cuentan con una infraestructura que permite el desarrollo de actividades de capacitación en salud pública en forma conjunta, esto es, mediante la ejecución de distintos aspectos de la capacitación en cada uno de los países que ofrezcan ya las mejores condiciones para su desarrollo. La existencia de recursos calificados en algunas áreas de la salud pública y el menor costo al poder ofrecer oportunidades de capacitación en los problemas propios de cada país, justifican, en nuestra opinión, un esfuerzo conjunto de esta naturaleza.

RESUMEN

El documento destaca los intentos realizados en los países centroamericanos en las últimas dos décadas en relación con el desarrollo de programas de capacitación en salud pública a la luz de las demandas de los programas de salud de los Gobiernos, inclusive la propuesta para la creación de una escuela de salud pública, de carácter subregional, en uno de esos países.

Se señalan las diversas actividades ejecutadas en este campo, entre ellas, el curso de salud pública con énfasis en nutrición y atención materno-infantil que se lleva a cabo anualmente en el INCAP; el curso de admi-

nistración en salud que se ha iniciado recientemente en Nicaragua y que está dirigido a la formación de equipos de dirección hospitalaria; y el curso de salud pública para médicos en servicio social que fue planificado en 1981 por el Ministerio de Salud de Costa Rica y el apoyo del Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centroamérica y Panamá (PASCCAP).

Se describe el modelo de curso preparado por PASCCAP para la capacitación de personal en atención primaria de salud en función de las estrategias adoptadas por los países para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Dos cursos ya se han realizado siguiendo el modelo y dos más se ofrecerán en 1982.

CURRENT STATUS OF PUBLIC HEALTH EDUCATION IN CENTRAL AMERICA (*Summary*)

The document relates the efforts made in the Central American countries over the last two decades to develop public health education programs in light of the demands of the Governments' health programs, including the proposal to set up a subregional public health school in one of these countries.

They indicate the various activities carried out in this field, including the public health course given each year in INCAP, with emphasis on nutrition and maternal and child care; the health administration course recently begun in Nicaragua to train hospital management teams, and the public health course for doctors in social service planned in 1981 by the Ministry of Health of Costa Rica and the support of the Community Health Training Program of Central America and Panama (PASCCAP).

A description is given of the course model prepared by PASCCAP to train personnel for primary health care in light of the strategies adopted by the countries to achieve the goal of health for all by the year 2000. Two courses have already been given using the model, and two more will be offered in 1982.

SITUAÇÃO ATUAL DO ENSINO DA SAÚDE PÚBLICA NA AMÉRICA CENTRAL (*Resumo*)

Destaca o documento as realizações dos países centroamericanos, nas duas últimas décadas, em matéria de desenvolvimento de programas de capacitação em

saúde pública, à luz das necessidades dos programas governamentais de saúde, inclusive a proposta de criação de uma escola de saúde pública de âmbito sub-regional em um desses países.

Assinalam-se as diversas atividades desenvolvidas nesse campo, entre as quais o curso de saúde pública orientado para a nutrição e o atendimento materno-infantil anualmente ministrado pelo INCAP; o curso de administração sanitária recentemente iniciado na Nicarágua e orientado para a formação de equipes de direção hospitalar; e o curso de saúde pública para médicos do serviço social, planejado em 1981 pelo Ministério da Saúde de Costa Rica, e o apoio ao Programa de Treinamento em Saúde Comunitária da América Central e do Panamá (PASCCAP).

Descreve-se o modelo de curso preparado por PASCCAP para a capacitação de pessoal em cuidados primários de saúde, em função das estratégias que os países adotaram com vistas à obtenção da meta de saúde para todos no ano 2000. Foram ministrados dois cursos baseados no modelo, e outros dois estão previstos para 1982.

SITUATION ACTUELLE DE L'ENSEIGNEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN AMÉRIQUE CENTRALE (*Résumé*)

Ce document décrit les objectifs réalisés dans les pays d'Amérique centrale au cours de ces dernières décennies en ce qui concerne l'exécution de programme de formation en matière de santé publique, compte tenu des exigences des programmes de santé des gouvernements, y compris la proposition de créer une école de santé publique de caractère sous-régional dans l'un de ces pays.

Il mentionne les diverses activités menées dans ce domaine, notamment le cours de santé publique, orienté plus particulièrement vers la nutrition et les soins de santé maternels et infantiles, dispensé chaque année à l'INCAP; le cours d'administration de la santé inauguré récemment au Nicaragua et qui traite de la formation d'équipes de direction hospitalière; et le cours de santé publique pour médecins des services sociaux qui a été planifié en 1981 par le ministère de la santé du Costa-Rica, et l'appui du Programme de formation en matière de santé communautaire de l'Amérique centrale et du Panama (PASCCAP).

Il décrit le modèle de cours préparé par le PASCCAP pour la formation de personnel de soins de santé primaires en fonction des stratégies adoptées par les pays pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000. Deux cours ont déjà été donnés selon ce modèle, et deux autres sont prévus pour 1982.

Reseñas

TALLER SOBRE ENSEÑANZA DE ECONOMÍA, FINANZAS Y CONTROL DE COSTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD¹

El Taller se efectuó en la sede del Area V de la OPS en Brasília, Brasil, del 4 al 8 de mayo de 1981, con los participantes mencionados en el apéndice 1. Tuvo por objeto:

1. Intercambiar experiencias sobre los diferentes programas de enseñanza de economía, finanzas y control de costos de los servicios de salud existentes en las Américas.
2. Formular un plan de enseñanza básica recomendable para profesores y administradores de servicios de salud, así como para complementar la enseñanza de los estudiantes.
4. Diseñar las bases de un programa de educación continua para profesores, estudiantes, investigadores y directivos del sector salud.

Los trabajos del Taller se basaron en la experiencia de los participantes en la enseñanza de las disciplinas señaladas y en dos documentos de trabajo que contenían resúmenes de 160 artículos y libros publicados en las Américas y en Europa sobre estos temas.

Los participantes fueron divididos en tres grupos (economía de la salud, finanzas y control de costos), que celebraron reuniones por separado y reuniones conjuntas. Para cada una de las tres disciplinas los grupos definieron el marco conceptual, los objetivos y los temas a ser estudiados, elaboraron una lista de artículos para la antología y señalaron las referencias bibliográficas pertinentes. Se indicó que cada programa debía adaptar estos puntos a la realidad del país, y decidir la profundidad e intensidad con que se debía estudiar cada disciplina en los distintos niveles de enseñanza (pregrado, posgrado y educación continua).

Se señaló que la OPS debía estimular las investigaciones en los campos de estudio cuya bibliografía es insuficiente. Se sugirió asimismo que se realizaran por lo menos tres o cuatro investigaciones bibliográficas anuales sobre estas disciplinas, evitándose, siempre que fuera posible, la utilización de traducciones o adaptaciones de investigaciones realizadas en condiciones ajenas a la realidad latinoamericana.

Las recomendaciones del Taller deben ser evaluadas por los usuarios en los diferentes programas. Dichas evaluaciones permitirían una actualización de las

¹El Taller fue una actividad del Programa de Educación en Administración de Salud (PROASA) de la OPS/Fundación W. K. Kellogg.

recomendaciones. Con esta finalidad, se sugirió la realización periódica de estos talleres u otras actividades de evaluación de los resultados alcanzados.

A continuación se resumen los trabajos y recomendaciones del Taller:

Economía de la salud

Marco conceptual. Históricamente salud y desarrollo se han estudiado como correlaciones entre variables de ambos temas. Ese enfoque no es conveniente, ya que mantiene separados ambos aspectos de la relación. Actualmente se tiende a interpretar el proceso de salud/enfermedad como parte propia del proceso de desarrollo, sobre todo a partir del estudio de los procesos productivos, a través de variables demográficas, de distribución, de situaciones causantes de tensión, etc.

El papel del Estado es fundamental para apreciar cómo cambia esa situación, no solo a través de su intervención, que puede llevar a consecuencias favorables o desfavorables, sino a través de la noción de crisis de Estado, expresada en el sector salud como crisis de accesibilidad, de costos, de eficacia. Así hay que comprender el valor de la salud en el proceso de desarrollo y el importante papel que tiene en este proceso para que mejoren las condiciones de salud de la sociedad.

El estudio de la demanda de servicios de salud asume características particulares según las diferentes interpretaciones posibles acerca del "precio" que se paga por esos servicios, de quién ejerce esa demanda (los consumidores, los proveedores, el gobierno), del impacto de las inversiones sobre la demanda y de la noción de salud que tenga la población. En el mejor de los casos, todas estas nociones son ambiguas y apuntan a la necesidad de intensificar la democratización de sus definiciones.

En los países en desarrollo, capitalistas y dependientes, la oferta de servicios de salud se hace más bien copiando las tecnologías de los países desarrollados—generalmente por parte de empresas transaccionales cuyo interés es vender medicamentos y equipos—que buscando las tecnologías apropiadas a las circunstancias. Tampoco hay coherencia entre una conceptualización crítica del proceso salud/enfermedad y las propuestas que se generan.

El papel del Estado en la regulación de la oferta y la demanda es fundamental, realizándose básicamente a través de modificaciones organizativas a nivel del sector o de los subsectores y dependiendo de la filosofía política aceptada en los altos niveles decisorios del gobierno. Aquí también es necesario acentuar el proceso de democratización.

Por todo esto es preciso entender la importancia de la macroeconomía para el estudio de la oferta de servicios de salud. También se debe reconocer que la percepción de los procesos patológicos es diferente para cada grupo social y que esto afecta el comportamiento de estos grupos. En este contexto, se debe dar importancia al análisis de la demanda (incluyendo el estudio de los precios monetarios y no monetarios) para determinar si esta es influenciada por las decisiones de los médicos y de las empresas que fabrican equipos, así como el papel que juegan las

diferentes formas del seguro de salud al actuar sobre el perfil de la demanda. Por otro lado, es necesario entender el significado de las necesidades de servicios de salud y cómo esto se relaciona con la demanda.

En cuanto a los proveedores de los servicios, hay que conocer la forma en que los médicos se distribuyen regionalmente o nacionalmente y cómo son remunerados.

Finalmente, en el aspecto microeconómico se debe enfatizar la naturaleza y las limitaciones de las técnicas existentes para evaluar los servicios de salud. Por esto se reconoce la necesidad del uso de métodos cuantitativos, siempre que sea posible, tanto para los estudios microeconómicos como para los macroeconómicos.

Objetivos de la disciplina

1. Enseñar al alumno a comprender el proceso de desarrollo económico y a ubicar el sector salud en este contexto.
2. Enseñar al alumno a comprender la organización del sistema de atención a la salud y los elementos que intervienen en esta organización.
3. Desarrollar en el alumno su capacidad para trabajar con los instrumentos de análisis y evaluación, adiestrándolo en el uso de métodos cuantitativos.

Temas a ser estudiados

1. La salud y el proceso de desarrollo
 - Determinantes de la salud
 - Papel de la salud en el desarrollo
 - La estructura económica: sus efectos sobre las condiciones de salud y los sistemas de atención a la salud
 - Impacto de la intervención gubernamental en la reducción de enfermedades, en la estructura económica, en el cambio social y económico
2. La atención a la salud
 - El comportamiento del consumidor (accesibilidad, tiempo de espera y precios no monetarios, seguro de salud, efectos del comportamiento sobre la oferta, percepción de la enfermedad, conocimientos y necesidades)
 - La oferta (alternativas tecnológicas, características de la oferta, la estructura hospitalaria, análisis de las industrias farmacéuticas, de equipo, etc., evaluación de las contribuciones de la atención médica)
 - Efectos de la intervención gubernamental en la oferta y la demanda
3. Instrumentos de análisis y evaluación
 - Problemas con el uso de técnicas especiales
 - Análisis de costo-efectividad
 - Análisis de costo-actividad
 - Modelos de simulación
 - Modelos de programación
 - Técnicas de previsión
 - Indicadores de salud
 - Técnicas no cuantitativas

El grupo consideró que el programa de temas presentado serviría tanto para el pregrado como para el posgrado. Los cursos de pregrado podrían tener una duración de un semestre académico, los de posgrado serían más detallados y, por lo tanto, se enseñarían en un año académico, y los de educación continua utilizarían más el tema 3.

Se señaló que el estudiante de un curso de economía de la salud debe haber adquirido previamente nociones de estadística, matemática, métodos cuantitativos, principios generales del desarrollo e investigación operativa.

Tanto en la enseñanza de pregrado como en la de posgrado se utilizarían los métodos tradicionales de enseñanza en el aula, mientras que en la educación continua sería preferible emplear la técnica de estudio de casos.

Lista de artículos para la antología

1. La salud y el proceso de desarrollo

- Determinantes de la salud

Fiedler, J. *et al.* The Dynamics of Human Capital Formation in Developing Countries. A Review of the Relationship Between Health, Nutrition, Education and Population Changes. Paper presented at the African Studies Association Meeting, November 1977 and revised in 1978 (mimeografiado).

Laurell, C. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* 3(6), 1977.

- Papel de la salud en el desarrollo

Navarro, V. The underdevelopment of health or the health of underdevelopment: an analysis of the distribution of human health resources in Latin America. *Int J Health Serv* 4 (1):5-27, 1974.

García, J. C. La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1977 (mimeografiado).

Stevens, C. Health and economic development: a longer run view. *Soc Science and Medicine* 11 (17/18):809, 1977.

- La estructura económica

Mello, C. G. Aspectos económicos de saúde. *Revista Brasileira de Medicina* (São Paulo), 32(8), 570-576, 1975.

- El impacto de la intervención gubernamental

Kelman, S. Toward the political economy of health care. *Inquiry* 8:3, 1975.

Waitzkin, M. y M. Modell. Medicine, socialism and totalitarianism: lessons from Chile. *N Engl J Medicine*, 291(4):171-177, 1974.

2. La atención a la salud

- El comportamiento del consumidor

Zubkoff, M. y D. W. Dunlop. Consumer behavior in preventive health services. En: Selma Mushkin, ed., *Consumer Incentives for Health Care*. Nueva York, Milbank Memorial Fund, 1974.

Heller, P. A Model of the Demand for Medical and Health Services in West Malaysia. University of Michigan, Center for Research on Economic Development. Discussion Paper No. 62, Ann Arbor Michigan, 1976 (mimeografiado).

Newhouse, J. The Demand for Medical Care Services: A Retrospect and Prospect. Draft Working Paper No. WD-603-Mew, *Rand Corporation*, Santa Monica, California, 1980.

Maynard, A. Pricing, demanders and the supply of health care. *Int J Health Serv* 9 (1):121-133, 1979.

- La oferta

Davies, K. The role of technology, demand and labor markets in the determination of hospital costs. En: Mark Perlman, ed., *The Economics of Health and Medical Care*. Nueva York, John Wiley and Sons, 1974.

Reinhardt, U. Health manpower forecasting: current methodology and its impact on health manpower policy. En *Manpower for Health Care*. Washington, D.C., National Academy of Sciences, 1974.

Gaspari, K. C. The Cost of Primary Health Care, Final Report to USAID. Order No. AID/OTRO, 147-80-84, 1980. Documento mimeografiado.

Lall, S. Medicina y multinacionales: la transferencia de tecnología al tercer mundo. *Monthly Review* 28(10), 1977.

Ramírez, A. A. El mercado de los servicios médicos. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico* 68(7): 167-170, 1976.

- Efectos de la intervención gubernamental sobre la oferta y la demanda

Blynstein, J. y Z. Michael. Perspectives on government in the health sector. *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society* 51(3):395-431, 1973.

3. Instrumentos de análisis y evaluación

- Problemas con el uso de técnicas especiales

Dunlop, D. W. Benefit-cost analysis: a review of its applicability in policy analysis for delivering services. *Soc Science and Medicine* 9(2):133-139, 1975.

- Análisis de costo-beneficio y costo-efectividad.

Popkin, B. *et al.* Benefit-cost analysis in the nutrition area: a project in the Philippines. *Social Science and Medicine* 14(3):207-216, 1980.

- Modelos de simulación y de programación

Barlow, R. *The Economic Effects of Malaria Eradication*. University of Michigan School of Public Health, Ann Arbor, Michigan, 1968.

Bernachi, M., *et al.* Modelos numéricos: su aplicación para el análisis de una política de financiamiento de la atención médica. *Atención Médica* (Buenos Aires) 1(3 y 4):70-136, 1972/1973.

- Indicadores de salud

Paim, J. S. Indicadores de saúde no Brasil: Relações com variáveis econômicas e sociais, *Revista Baiana de Saúde Pública (Salvador)* 2(2):39-82, abril/junho, 1975.

Mello, C. G. *População, saúde e desenvolvimento*. *Revista Paulista de Hospitais* (São Paulo), XX(11): 7-12, 1972.

Yunes, J. E. Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional. *Revista de Saúde Pública* 8 (suplemento), 1974.

Culyer, A. Need, values and health status measurement. En: Anthony Culyer y K. G. Wright, eds. *Economic Aspects of Health Services*. Londres, Martin Robertson, 1978.

Fricko, R. R. *et al.* Prevalence and cost of illness episodes in rural Bolivia. *Int Epidemiol* 1980.

- Técnicas no cuantitativas

Barnym, H. Cost-Effectiveness Analysis of Maternal and Child Health Services: Case Study of Colombia. Final Report for AID, Washington, D.C., 1979 (mimeografiado).

Finanzas

Marco conceptual. Considerando las muchas y variadas formas de participación del Estado en el sistema de atención a la salud, en la enseñanza de finanzas debe ponerse énfasis en los aspectos macro y microeconómicos de las finanzas públicas.

En el nivel de gerencia financiera (microeconómico) es donde hay mayor necesidad de adiestramiento. En el nivel institucional el gerente financiero busca maximizar los ingresos minimizando costos en la empresa particular, así como el gerente financiero de la empresa pública debe optimizar el beneficio social de su actividad.

La comprensión del impacto que las decisiones financieras puedan tener en los ambientes institucionales debe ser la preocupación mayor de la enseñanza de finanzas en el nivel de pregrado. A este nivel el estudiante debe ser, más que nada, sensibilizado para este impacto. A nivel de posgrado y en la educación continua el estudio debe ser más profundo.

Objetivos generales de la disciplina

1. En el pregrado, sensibilizar al estudiante en los aspectos económico-financieros que producen un impacto en las actividades del sector salud.
2. En el posgrado y en la educación continua, desarrollar las capacidades gerenciales relacionadas con la captación, el uso, el control y la evaluación del empleo de los recursos financieros en una unidad de atención de la salud, teniendo siempre en cuenta los objetivos del sector salud.

Objetivos específicos

1. En el pregrado, preparar al estudiante para que sea capaz de:
 - Entender las relaciones de las finanzas con las actividades de salud.
 - Interpretar el presupuesto como un instrumento administrativo dinámico y flexible en sus funciones de planificación, ejecución, control y evaluación.
2. En el posgrado, preparar al estudiante para que sea capaz de:
 - Entender las relaciones entre la administración financiera y el proceso más amplio de análisis, decisión, control y evaluación gerenciales.
 - Identificar las necesidades de recursos financieros de una unidad de atención de la salud.
 - Tener en cuenta las necesidades financieras en un plan financiero.
 - Ejecutar, controlar y evaluar el proceso presupuestario de una unidad de servicios de salud, y ubicarlo dentro de un plan más amplio.

Temas a ser estudiados

1. Formas de financiamiento

- Fuentes y utilización de los recursos
 - Necesidades financieras (operativas, pérdidas ocasionales, inversiones de capital, enseñanza, investigación, contingenciales, excedentes financieros)
 - Ingresos (por el pago de los pacientes, seguro estatal o particular de salud, presupuesto gubernamental, ingresos no operativos, donaciones y contribuciones)
- Restricciones gubernamentales, no gubernamentales y otras (como las del mercado financiero)
- Fuentes de financiamiento (a largo, mediano y corto plazo)

2. Planificación, presupuesto y control

- Planificación y previsiones
- Presupuesto
 - Objetivos
 - La organización (negociaciones internas, comités, cronogramas, etc.)
 - Tipos de presupuesto (actividades, estadísticas, capital para uso inmediato, gastos e ingresos, personal, costo de capital)
 - Técnicas de presupuesto
- Sistemas de control e información
 - Controles internos y externos
 - Sistemas de información y tecnología utilizada

3. Las decisiones de inversión

- Política de inversiones
- Criterios de decisión
 - Identificación de oportunidades para diversificación, expansión y meta tecnológica
- Análisis del riesgo
- Criterios para escoger entre diferentes oportunidades
 - Relación complementaria *vs.* otras alternativas
 - Concepto del costo del capital
 - Métodos de evaluación
 - El factor tiempo
- Inversiones en el mercado financiero
- Desinversiones

El grupo indicó que el estudiante de un curso de finanzas debe tener nociones previas elementales de métodos cuantitativos y contabilidad y que el curso de finanzas debe ser ubicado dentro del contexto gerencial total y entendido como una actividad dinámica.

Lista de artículos para la antología

Acuña, M. R. Financiamiento y administración presupuestaria de los programas de salud pública. *Bol Ofic Sanit Panamer*, 72(1): 36-43, 1972.

Nilo, L. F. Funcionamiento del presupuesto por programas en los servicios de salud. *Bol Ofic Sanit Panamer*, 72(3): 198-214, 1972.

Pereira Colls, A. C. y J. A. Doria M. Elaboración de un presupuesto por programa para los ambulatorios del Hospital Universitario de los Andes de la ciudad de Mérida. *Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública* (Medellín) 5(1):39-37, 1979.

Bernacumi, M. *et al.* Modelos numéricos: su aplicación para el análisis de una política de financiamiento de la atención médica. *Atención Médica* (Buenos Aires) 1(3 y 4):70-136, 1972-1973.

Discusiones Técnicas de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Financiamiento del sector salud. *Bol Ofic Sanit Panamer*, 68(1):1-38, 1970.

Vraccio, R. A. Decision models for capital investment and financing decisions in hospitals. *Health Serv Res* 15(1):35-52, 1980.

Correia de Campos, A. y J. Nogueira da Rocha. Les effects d'échelle dans les services hospitaliers. *Techniques Hospitalières* (París) 409:88-95, 1979.

Morgen, M. V. y D. Zschock. Modelo económico para evaluar el sistema de salud rural. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* (San José), 6:69-77, 1977.

Pole, J. D. Programmes priorities and budgets. *Brit J Soc Prev Med*, 28, 191-195, 1974.

Williams, A. What can economists do to help health service planning? En: Artis, M. J. y A. R. Nobay, *Studies in Modern Economic Analysis*. 1977.

Le Grand, J. The distribution of public expenditure. The case of health care. *Economica* 45:178, 1978.

Organización Mundial de la Salud. Financing of Health Services. Proceedings of a WHO Interregional Workshop (México). Documento WHO-SHS/SPM/80.3, 1979.

Dunlop, D. W. y M. Zubkoff. Inflation and consumer behavior in the health care sector. En: Michael Zubkoff, ed., *Health: a Victim or Cause of Inflation*. Nueva York, Milbank Memorial Fund, 1976.

Zschock, D. Health care financing in developing countries. Washington, D.C., American Public Health Association, *International Health Programs Monograph Series No. 1*, 1979.

OMS/UNICEF. Background Document. WHO/UNICEF Interregional Workshop on Cost and Financing Patterns of Primary Health Care. Documento mimeografiado. 1980.

Ortíz, F. El sector salud y sus recursos financieros: Análisis de la década. En: M. L. Montes, ed., *Desarrollo social de salud en Chile*. Santiago, Corporación de Promoción Universitaria, 1980.

Control de costos

Marco conceptual. Los que trabajan en las instituciones de salud están relacionados en mayor o menor grado, con el sistema de control de costos. Sus funciones, más o menos complejas, determinan su competencia en relación con el sistema de control de costos.

Objetivos generales de la disciplina. Preparar al alumno para que al terminar el curso sea capaz de utilizar los informes generados por el sistema de control de costos y participar así en el proceso de toma de decisiones con la finalidad de ampliar la extensión de la cobertura de los servicios de salud y la calidad de la atención a través del mejor uso de los recursos disponibles.

Objetivos específicos. Preparar al alumno para que, al finalizar el curso sea capaz de:

- Comprender el problema económico-financiero.
- Comprender el proceso económico-financiero y sus relaciones con el sistema de salud.
- Operar un sistema de control de costos.
- Conocer y analizar los indicadores que son subproducto del sistema de control de costos.

Temas a ser estudiados

1. El problema económico-financiero

- Conceptos
- Necesidad de un sistema de control de costos

2. El proceso económico-financiero en un sistema de salud

- Programación y presupuesto
- Ejecución de los programas
- Metas y sus costos
- Evaluación del presupuesto

3. Operación de un sistema de control de costos

- Requisitos
- Criterios para definir una unidad de producción
- El "mejor" sistema de costos
- Los centros de costos
- Comportamiento de los costos

4. Indicadores generados por un sistema de control de costos

- Estructura de los costos
- Control de la eficacia

5. Análisis de los indicadores

- Las tendencias
- Comparación con lo planeado
- Análisis de la ejecución del presupuesto
- Interpretación de la información

Lista de artículos para la antología

Bize, R. Asignación de recursos financieros a las regiones de salud y sistema de costos hospitalarios. En: H. L. Montes, ed. *Desarrollo social de salud en Chile*. Santiago, Corporación de Promoción Universitaria, 1980.

Acuña, M. R. Financiamiento y administración presupuestaria de los programas de salud pública. *Bol Ofic Sanit Panamer* 72(1):36-43, 1972.

Bruce-Chwatt, L. J. El costo de la malaria y su control en relación con la realidad socio-económica. *Bol Ofic Sanit Panamer* 85(5):392-406, 1978.

Carrera, J. Contabilidad de costos en unidades médicas. *Revista de la Asociación Mexicana de Hospitales* (México), 1953-1978.

Morgen, M. V. y D. Zschock. Modelo económico para evaluar el sistema de salud rural. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* (San José), 6:69-77, 1977.

Von Gersdorff, R.C.J. Contabilidade de custos hospitalares no Brasil: qual seria um sistema prático, simple e eficaz? *Vida Hospitalar* (São Paulo) 14(3):116-123, 1980.

Korbes, G. A. O controle de custos como instrumento da eficácia financeira. *Vida Hospitalar* (São Paulo) 13(6):270-273, 1978 y 16(1):8-15, 1980.

Rigolen, N. Custo do paciente internado no hospital. Causas de sua elevação. *Revista Paulista de Hospitais*. (São Paulo), 16(8):373-379, 1978.

Ganme, J. Receita operacional x custo operacional. *Vida Hospitalar* (São Paulo), 13(2): 83-87, 1979.

Hurst, J. Planning and hospital costs. En: Kenneth Lee, ed., *Economics and Health Planning*. Londres, Croom Helm, 1974, págs. 70-99.

Willems, J. S., et al. Cost effectiveness of vaccination against pneumococcal pneumonia. *New Engl J Med* 303(10): 553-559, 1980.

Heller, P. The underfinancing of recurrent development costs. *Finance and Development*, 38-41, marzo de 1979.

Gaspari, K. C. The Cost of Primary Health Care, Final Report to USAID. Order No. AID/OTRO, 147-80-84, 1980.

Hefty, T. Returns to scale in hospitals: a critical review of recent research. *Health Services Research* 267-279, 1969.

Davies, K. The role of technology, demand and labor markets in the determination of hospital costs. En: Mark Perlman, ed. *The Economics of Health and Medical Care*. Nueva York, John Wiley and Sons, 1974, págs. 283-301

Dunlop, D. W. A linear programming approach to health planning developing countries with an application in East Africa. Paper presented at ORSA/Tims Meeting in Colorado Springs, Colorado, 1980.

Apéndice 1

Participantes en el Taller

Dr. Ronald Akehurst, Institute of Social and Economic Research, University of York, Hesslington, York, Inglaterra.

Dr. José A. Alvares da Silva, Ministerio de Salud, Brasília, Brasil.

Dr. Caio C. Alves Tiburcio, Asesor, Secretaría General, Representante del Ministerio de Salud, Brasília, Brasil.

Prof. Aurelio Alvarez, Programa de Maestría en Administración de la Atención Médica y de Hospitales, Facultad de Contaduría y Administración, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F. México.

Sr. Flávio Luis Amorin Wiener, Instituto Nacional de Atención Médica y Providencia Social, Rio de Janeiro, Brasil.

Prof. Hernán Arias, Escuela de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Dr. Ricardo Bize Borquez, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago Norte, Chile.

Dr. Haino Burmester, Hospital das Clínicas, São Paulo, Brasil.

Dr. Ana Maria Campos, Escuela de Administración Pública, Fundación Getulio Vargas, Rio de Janeiro, Brasil.

Dr. José A. Martins, Escuela de Administración de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, Brasil.

Dr. Sergio Goes de Paula, Escuela de Salud Pública de Rio de Janeiro, Brasil.

Sr. Marcio R. Dias Moreira, Coordinación, Area de Administración Superior, INOR/IPEA, Brasília, Brasil.

Dr. David Dunlop, Office of Health, Development Support Bureau/USAID, Washington, D.C., E.U.A.

Dr. David Engler, Ohio Hospital Association, Columbus, Ohio, E.U.A.

Sr. Orlando M. Gomes de Sá, Ministerio de Providencia y Asistencia Social, Brasília, Brasil.

Dr. Diego González, Curso de Administración de Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Roberto O. Casanova, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Dr. Julio Larrea, Curso de Administración de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central, Quito, Ecuador.

Dr. José Marcos S. Masson, Contaduría de Vigilancia Sanitaria, Ministerio de Salud, Brasilia, Brasil.

Prof. Ricardo Pabón, Programa de Adiestramiento de Salud, Departamento de Medicina Social, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Sr. Benito Roitman, Asesor, Organización Internacional del Trabajo, México, D.F., México.

Dr. J. B. Silvers, Department of Community Health, School of Medicine, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, E.U.A.

Dr. Mario Testa, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, Caracas, Venezuela.

Raúl Paredes, Coordinador, Grupo de Servicios de Salud, OPS/OMS, Brasilia, Brasil.

Organización Panamericana de la Salud

Dr. Carlos Dávila, Representante de la OPS/OMS, Area V, Brasilia, Brasil.

Dr. Jorge Galperin, Director, Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud, Rio de Janeiro, Brasil.

Dr. Humberto de Moraes Novaes, Asesor Regional en Educación en Administración de Salud, División de Recursos Humanos e Investigación, Washington, D.C.

Sr. Jorge Peña Mohr, Asesor Regional en Administración Institucional, División de Servicios Integrados de Salud, Washington, D.C.

Sr. Francisco Salazar, Area V, OPS, Brasilia, Brasil.

Noticias

SEMINARIOS-TALLERES SOBRE LA INSTRUMENTACION DEL PLAN DE ACCION—SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA30.43, en la que se afirma que la principal meta de los gobiernos y de la OMS habrá de ser “alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”.

En la Región de las Américas, se prepararon las estrategias para alcanzar esa meta, que fueron aprobadas por todos los Gobiernos Miembros de la OPS en la XXVII Reunión del Consejo Directivo (1980).

Durante 1981, la Organización Panamericana de la Salud preparó un Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000, que fue ulteriormente aprobado en la XXVIII Reunión del Consejo Directivo (1981).

Para emprender los reajustes necesarios del proceso administrativo correspondiente a las actividades nacionales de fomento de la salud y a los servicios de desarrollo del programa de la Organización, la Oficina Regional de las Américas ha planificado un programa de formación completa de personal. Esa actividad tiene por objeto dar a conocer el Plan de Acción y sus repercusiones a nivel decisivo en los Países Miembros y, además, introducir esa nueva orientación a nivel operativo para el propio personal de campo de la OPS y para otro personal supervisor de operaciones en el sector salud y en otras instituciones nacionales que ejercen influencia en dicho sector.

A tal efecto, la OPS ha organizado, a partir de febrero, una serie de seminarios-talleres que continuarán durante todo el año, con el fin de formar un núcleo de unas 200-250 personas de la Región que puedan actuar como catalizadoras e impulsar el proceso administrativo de cada país para instrumentar el Plan de Acción.

Los objetivos generales de los seminarios-talleres serán: dar una interpretación común al contenido del Plan de Acción y difundir el conocimiento de los aspectos administrativos inherentes a su ejecución. Además, se hará un examen de los métodos y procedimientos de reajuste de los planes nacionales y se expondrán los requisitos de un sistema de evaluación y monitoría.

Es de esperar que la participación en esos seminarios-talleres contribuya a la adopción de actitudes de apoyo y adhesiones sin reservas a la meta de salud para todos y a los distintos componentes del Plan de Acción.

Los objetivos específicos de los seminarios-talleres serán:

- Promover una mejor comprensión del Plan de Acción y de sus repercusiones.
- Reforzar la adhesión a dicho Plan.
- Mejorar la articulación intersectorial en los países y promover la cooperación entre estos.

Los objetivos a nivel operativo serán:

- Determinar los métodos y procedimientos necesarios para llevar a la práctica las actividades previstas en el Plan de Acción.
- Analizar los requisitos de la fase inicial del sistema de evaluación y monitoría.

A cada seminario-taller asistirán por término medio de 15 a 20 participantes nacionales de alto nivel jerárquico en instituciones relacionadas con el sector salud y alrededor de cinco altos funcionarios de la Organización. Se invitará a autoridades nacionales de ministerios de salud, instituciones de seguridad social y de agua y saneamiento, organismos de planificación, centros docentes, consejos o entidades nacionales de investigación y otros ministerios o instituciones que puedan contribuir en medida apreciable al logro de las metas del sector salud.

El programa general comprenderá los siguientes temas:

- Bienestar social, articulación intersectorial y participación de la comunidad.
- Reorganización, planificación y financiamiento sectoriales.
- Mejora de la capacidad de operación, las investigaciones y la tecnología, y desarrollo de recursos humanos.
- Criterio del riesgo, grupos humanos especiales y aspectos prioritarios.
- Evaluación y monitoría, y revisión de planes nacionales.
- Movilización de recursos.

Los seminarios-talleres se ajustarán a un plan dinámico a base de discusión abierta, lo que dará la oportunidad de un intercambio importante de opiniones entre los representantes nacionales y los miembros de la Secretaría de la OPS sobre los métodos que han de seguirse para llevar a la práctica el Plan de Acción.

Los dos primeros seminarios-talleres se darán en español y el tercero, previsto para abril, en inglés. Los demás serán en español o en inglés, según cuál sea la lengua de los participantes.

CURSO DE POSGRADO SOBRE PLANIFICACION DE LA DOCENCIA UNIVERSITARIA EN EL AREA DE SALUD

Este curso, auspiciado por la Universidad de Concepción, Chile, el Ministerio de Salud de ese país y la OPS, está siendo organizado por la Oficina de Educación Médica de la Facultad de Medicina de dicha Universidad. Comenzará el 3 de mayo de 1982 y tendrá una duración de ocho semanas. Está destinado a directivos de escuelas de medicina, odontología, química, farmacia, enfermería, obstetricia o nutrición, y será dictado por profesores nacionales y extranjeros.

El curso se divide en cuatro unidades operativas: planificación de la docencia universitaria; tecnología educacional; metodología de la investigación científica, y comunicación e interacción humana.

La metodología comprende exposiciones didácticas activas, trabajo de grupo, trabajo individual con métodos de autoinstrucción, entrega de bibliografía y de documentos bibliográficos, evaluaciones formativas y asesoría individual.

El curso tiene relación con aspectos importantes del proceso de planificación general, de planificación aplicada a la esfera universitaria y en especial a la docencia en el área de salud.

Se espera que al finalizar el curso los participantes estarán en condiciones de:

- Analizar la problemática administrativa en su esfera de trabajo, desde un punto de vista científico.
- Desarrollar un proyecto de planificación o reorganización administrativa del programa de que es responsable.
- Analizar los factores determinantes que intervienen en el proceso educacional en salud.
- Manejar los aspectos significativos que intervienen en la planificación y desarrollo de un currículo de profesiones del área de salud.
- Diseñar objetivos educacionales, en especial los referentes al programa de que es responsable.
- Conocer y aplicar las técnicas modernas de enseñanza y recursos de instrucción.
- Evaluar en forma racional todo el proceso educacional.
- Diseñar y desarrollar una unidad de aprendizaje, en relación con el programa de que es responsable.
- Planificar y desarrollar una investigación científica.
- Interpretar y evaluar trabajos de investigación científica.
- Conocer los aspectos más relevantes del proceso de comunicación, interacción y dinámica de grupos, en relación con la docencia universitaria.
- Aplicar los conocimientos y experiencias del proceso de comunicación, interacción y dinámica de grupos a su esfera de trabajo.

El valor del curso es de US\$350. Los interesados en recibir más información pueden dirigirse al Coordinador General del curso, Dr. Elso Schiappacasse, Jefe, Oficina de Educación Médica, Casilla 60, Concepción, Chile.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ENSEÑANZA DE ESTADÍSTICA

El Instituto Internacional de Estadística celebrará la Primera Conferencia Internacional sobre Enseñanza de Estadística en Sheffield, Inglaterra, del 9 al 13 de agosto de 1982.

El objetivo de la Conferencia será mejorar la calidad de la enseñanza de estadística a nivel mundial. Entre las metas importantes figuran el fomento de la cooperación internacional entre los profesores de estadística y la promoción del intercambio de ideas sobre materiales de enseñanza, métodos y contenido. Participarán oradores de reputación internacional en las sesiones plenarios y presentarán disertaciones sobre los temas solicitados. Entre esos temas figuran: enseñanza de estadística a nivel de colegio y universidad, así como para personas que trabajan en el gobierno y la industria; formación de profesores en estadística; empleo de

calculadoras y computadoras en la enseñanza y formación de estadísticos en los países en desarrollo. También habrá talleres, discusiones de grupo y sesiones sobre documentos enviados como contribución. Entre los temas que se tratarán de forma más práctica en los talleres destacan: mejora de las técnicas de enseñanza, análisis de datos, experimentos sobre diseño, encuestas de planificación y enseñanza de temas especiales. La mayor parte de las actas se redactarán en inglés y no habrá servicios de traducción.

Las personas interesadas en la Conferencia pueden solicitar más amplia información a: The Conference Secretary, First International Conference on the Teaching of Statistics. Department of Probability and Statistics. The University, Sheffield S3 7RH, Gran Bretaña.

CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA

Del 11 al 16 de julio de 1983 tendrá lugar en Viena, Austria, el VII Congreso Mundial de Psiquiatría. En él se revisarán los adelantos logrados en el campo de la psiquiatría durante el decenio pasado y se discutirán los avances que se espera se derivarán en los próximos años de las investigaciones y experiencias que se están llevando a cabo en relación con los trastornos mentales. El programa provisional de las sesiones plenarias incluye los siguientes temas: nomenclatura y clasificación, aspectos biológicos de los trastornos mentales: psicosis funcional/síndromes orgánicos del cerebro, aspectos sociológicos de la psiquiatría/genética, conceptos de trastornos neuróticos y de la personalidad, nuevas tendencias en el tratamiento de pacientes externos y hospitalizados, escuelas nacionales y psiquiatría mundial, evaluación de programas de tratamiento.

Los idiomas del Congreso serán español, francés, inglés y alemán.

Para más detalles dirigirse a: Congress Team International, P.O. Box 9, A-1095, Viena, Austria.

NUEVO CENTRO DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS

La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Argentina, ha anunciado la creación en su ámbito del Centro de Investigaciones Epidemiológicas. De acuerdo con los fundamentos para la creación de la institución, "si bien la epidemiología de las enfermedades transmisibles es aceptablemente bien conocida, no ocurre así con las no transmisibles, cuya atención se ha centrado en la investigación básica y clínica, habiéndose desarrollado escasamente los aspectos epidemiológicos". La creación del Centro se basó en la existencia en la mencionada Academia de tres institutos de investigación clínica para el estudio de patologías prevalentes, con trayectoria y prestigio reconocidos. Así, el Centro trabajará en estrecho contacto con ellos y dará apoyo metodológico, sin perjuicio de otros estudios.

El objetivo general del Centro es realizar, apoyar y promover por sí o en colaboración con otras entidades públicas o privadas nacionales o extranjeras, investigación, docencia y asesoramiento en la epidemiología de las patologías prevalentes. Asimismo, realizará y colaborará en investigaciones epidemiológicas por sí mismo o a pedido de los institutos de la Academia y de otras entidades; realizará y colaborará en seminarios, simposios y cursos sobre temas de interés epidemiológico; prestará asesoramientos y promoverá la coordinación de esfuerzos con otras entidades o grupos profesionales dedicados a la investigación epidemiológica.

ENSEÑANZA MODULAR EN LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE CORDOBA, ARGENTINA

La Escuela de Salud Pública de Córdoba, Argentina, viene desarrollando desde hace siete años un curso de diplomado en salud pública que constituye el eje en torno al cual gira la Escuela. Sus características principales son:

- La interdisciplina, ya que el curso pueden seguirlo los profesionales universitarios con tres años de antigüedad en su egreso y que se encuentren desempeñando funciones dentro del sector salud.
- El sistema modular de enseñanza, formado por seis unidades teórico-prácticas que se enlazan en orden sucesivo.
- El trabajo de campo, donde previo acuerdo con las autoridades locales, los educandos realizan prácticas de diagnóstico y programación que concluyen en una monografía expuesta ante el cuerpo docente. Este trabajo es supervisado por egresados de la Escuela y por los docentes de la misma.

Con el transcurso del tiempo se han incorporado nuevos cursos, algunos de un mes de duración (140 horas) y otros largos (hasta 1.500). Entre los primeros se encuentran los cursos de administración sanitaria y hospitalaria, de ecología humana, de atención médica, de epidemiología y de saneamiento ambiental. Entre los segundos, el de técnicos en estadística y el de auxiliares de estadística.

Hace tres años se incorporó el curso nacional de planificación básica en salud pública (500 horas de duración).

En 1980 la Escuela comenzó a atender las necesidades provinciales. En base a ello, los departamentos confeccionaron programas específicos que pueden dictarse en forma modular, de manera que los que deseen pueden tomar, por ejemplo, el curso de administración general y sanitaria, en su módulo I: Administración general y también el módulo II: Atención médica. En 1981 hubo numerosas solicitudes entre las que se dio preferencia a las regiones más cercanas geográficamente.

En esta breve experiencia han participado siete provincias con un total de 280 asistentes a los cursos, lo que ofrece la posibilidad de obtener un efecto multiplicador muy importante en un plazo muy breve.

NUEVO INDICE SOBRE EDUCACION EN SALUD

La Universidad de Indiana (Bloomington, Indiana, EUA) ha anunciado la publicación del *Bibliographic Index of Health Education Periodicals (BIHEP)*, el primer índice completo de literatura periódica sobre educación para la salud. Aparecerán en el *BIHEP* artículos y otros escritos de una 150 publicaciones periódicas (inclusive de *Educación médica y salud*), así como reseñas de libros, monografías, actas de conferencias y reuniones y otros documentos de interés para los profesionales de la educación para la salud. Cada entrada está indizada por título, autor y tema. La información incluida comienza con el material publicado a partir de enero de 1980. Se publicarán separadamente ediciones cumulativas para 1980 y 1981, así como una edición trimestral a partir de 1982.

Los interesados en recibir este índice pueden dirigirse a: William J. Bailey, Managing Editor, BIHEP, HPER Building, Room 116, Indiana University, Bloomington, Indiana 47405.

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO EN SALUD COMUNITARIA PARA CENTROAMERICA Y PANAMA (PASCCAP)

En septiembre y octubre de 1981 el PASCCAP llevó a cabo en San José y Nicoya, Costa Rica, y en San Pedro Sula, Honduras, respectivamente, dos cursos-taller sobre la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria, dirigidos a profesionales de los ministerios de salud de los seis países del área centroamericana.

En ambos se capacitó un total de 43 funcionarios. En el primer curso los docentes fueron funcionarios de la OPS con sede en Costa Rica, así como personal del PASCCAP y del Ministerio de Salud de ese país. En el segundo participaron como instructores funcionarios de la OPS con sede en Honduras, docentes de la Universidad y funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Honduras. Se ha programado un tercer curso para el mes de marzo de 1982.

El programa consta de las siguientes fases:

- Investigación en los países sobre lo que significa la meta y la estrategia en cada uno de ellos, la conceptualización y las implicaciones de la misma; estudio de los planes de extensión de la cobertura actualmente en marcha, y preparación del documento básico de contenido de los cursos.
- Capacitación de adiestradores de los ministerios de salud.
- Capacitación de personal en los países.

La capacitación del personal nacional, a partir de enero de 1982, se realiza de acuerdo con las necesidades de cada uno de los países, contando con la participación, en calidad de instructores, de los grupos adiestrados de los ministerios de salud y el apoyo adicional del PASCCAP.

Los cursos duran tres semanas y se componen de dos unidades de aprendizaje. La primera consta de las siguientes secciones: la meta para el año 2000; la

estrategia de atención primaria; los componentes estratégicos de la atención primaria, y los componentes programáticos de la atención primaria. Las secciones de la segunda unidad son: educación, cultura, enseñanza y aprendizaje; identificación de necesidades básicas de aprendizaje-comunicación; una propuesta metodológica para promover el aprendizaje en atención primaria, y tecnología educacional apropiada.

La metodología utilizada es fundamentalmente la discusión y participación activa de los alumnos; la presentación de casos reales para su análisis y discusión, sobre todo en el caso de los componentes estratégicos, y la participación en actividades regulares de los servicios de salud, para el estudio de los componentes programáticos.

El PASCCAP también ha desarrollado un modelo educacional para la capacitación de docentes tomando como base los elementos de la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria; se fundamenta en la investigación y detección de necesidades de aprendizaje, así como de los intereses y problemas de un grupo de trabajadores del sector salud, que confrontados con los objetivos institucionales constituyen el marco de objetivos educacionales de una actividad de aprendizaje. El primero de estos talleres tuvo lugar en Choluteca, Honduras, del 1 al 6 de diciembre de 1980; el segundo en Panamá del 3 al 8 de agosto de 1981 y el tercero en San Salvador, del 24 al 29 del propio mes. Este último aprovechó el evento y la participación de docentes de los ministerios de salud, para estructurar una unidad de educación continua en las regiones sanitarias de todo el país.

En estos eventos se cuenta con la participación, en calidad de instructores, de miembros nacionales del propio ministerio y de la universidad respectiva, apoyados por funcionarios de PASCCAP, lo que a su vez persigue un objetivo colateral, cual es el de formar núcleos de instructores que puedan continuar esta labor en los años futuros.

NOTICIAS DE EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SALUD

Educación para administradores de servicios de salud

En un esfuerzo conjunto con la Fundación W. K. Kellogg, la OPS logró identificar durante los últimos cuatro años las necesidades de adiestramiento en administración de servicios de salud a través de reuniones subregionales en Puerto Rico, Brasil y Colombia. En 1978 se establecieron las bases para un Programa de Educación en Administración de Salud (PROASA) a nivel regional con el objetivo de mejorar el proceso educacional en ese campo en América Latina y el Caribe. En 1979 se firmó el acuerdo con la Fundación Kellogg y a partir de 1980 se iniciaron las actividades del PROASA.

La operación del programa está orientada a la identificación y actualización de profesores; la identificación, selección, reproducción y distribución de materiales

de instrucción, tales como revisiones bibliográficas, y libros sobre temas específicos; al estímulo a la investigación y publicación, y a la revisión de los diseños curriculares a nivel de posgrado, pregrado y educación continua.

Además del apoyo específico a los 54 programas establecidos en 35 instituciones de enseñanza de 12 países (Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Jamaica, México, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela), PROASA viene estimulando la creación de "consorcios" entre instituciones académicas y de servicio de manera de fortalecer la capacidad educativa en los países de la Región. En este sentido, y de acuerdo con las variables de cada localidad, se estudia la posibilidad de asociación de escuelas de salud pública o centros médicos universitarios y escuelas de administración, entre escuelas de ingeniería de sistemas, departamentos de medicina preventiva y facultades o escuelas de administración, o entre servicios de salud e instituciones académicas con sólida experiencia en gerencia, para desarrollar, en conjunto, programas de administración en servicios de salud con carácter continuo, regulares y con diferentes niveles de cursos.

Por otro lado, en el período se desarrollaron una serie de actividades para el fortalecimiento del contenido curricular de los cursos ya existentes en disciplinas como economía, finanzas, control de costos, comportamiento organizacional, evaluación y planificación de servicios a través de reuniones realizadas en Brasilia, Barbados y Costa Rica.

Desde mediados de 1981 *Educación Médica y Salud* publica regularmente una sección de noticias sobre educación en administración que después se distribuye en forma de separata a todos los cursos y profesores de la Región con el fin de fomentar el intercambio de nuevas experiencias entre programas y crear un mecanismo de comunicación directa entre países como apoyo a la red de cursos, multiplicando así el programa OPS/Kellogg.

Curso de planificación del recurso físico en salud

La Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, a través del Centro de Investigación en Recurso Físico en Salud, Secretaría de Investigación y Desarrollo, ofrece un curso de posgrado para especialización en el desarrollo del recurso físico en salud.

El curso, que se dictó por primera vez en 1980, ha sido incluido entre las especializaciones de posgrado que se ofrecen regularmente en esa Facultad. Actualmente está organizándose el próximo curso, que se realizará durante el presente año. Está destinado a profesionales universitarios de todas las ramas de la ciencia y técnica que tienen responsabilidad en la definición del recurso físico en salud (médicos, enfermeras, arquitectos, ingenieros, administradores salud y otros), por lo que se requiere experiencia previa en el área de salud pública para todas ellas.

Los profesores de la propia Universidad especializados en el tema y consultores internacionales especialmente invitados brindan a los alumnos una visión in-

tegral, multidisciplinaria, con un innovador enfoque metodológico, abarcando el proceso que va desde la planificación y programación, hasta la ejecución, operación y evaluación.

El curso está dividido en dos módulos, el primero de los cuales se desarrollará entre agosto y diciembre 1982 (la fecha límite de inscripción es el mes de junio).

Para mayor información, dirigirse a: Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Secretaría de Investigación y Desarrollo, Centro de Investigación en Recurso Físico en Salud, Ciudad Universitaria, Pabellón No. 3, Apartado Postal 1428, Buenos Aires, Argentina.

Jornadas Nacionales de Salud Pública en Chile

En el segundo semestre de 1981 tuvieron lugar estas Jornadas, que fueron organizadas por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y tuvieron el apoyo de la OPS.

Los temas del programa fueron los siguientes:

Problemas maternas

- Control prenatal: Valor pronóstico del parto y del primer año de vida del niño.
- Características del embarazo, parto y período neonatal precoz según legitimidad.
- Nuevos conceptos sobre mecanismo de acción de los estrógenos.
- La condición social de la madre de bajos ingresos en el Area Sur de Santiago.

Enfermedades crónicas

- Investigaciones epidemiológicas sobre alcoholismo y beber en el Area Oriente de Santiago, 1978-1981.
- Capacitación en alcoholismo y salud mental a través de unidades audiovisuales de enseñanza.
 - Aportes al conocimiento del cáncer gástrico.
 - Tres años de pesquisa del cáncer cérvico-uterino en Alto Palena.
 - Factores asociados al tabaquismo en adolescentes.
 - Hábito de fumar en profesionales y estudiantes de la salud.
 - Evaluación descriptiva de un intento educativo en tabaquismo.
 - Cáncer de mama en Chile.
 - Estudio epidemiológico de accidentes del tránsito en cuatro comunas de la Región del Bio-Bio.
 - Estudio de accidentes del hogar en menores de 15 años hospitalizados.
 - Salud ocupacional en salud pública.
 - Tabla de mortalidad: metodología tradicional *vs.* las de Graunt y Henry.
 - Análisis y proyecciones del modelo basado en la homeostasia para diferenciar estados de salud y enfermedad.

Higiene ambiental

- Tratamiento del residuo líquido en los tanques de las plantas IANSA de Curicó y Linares.
- Aereador de placas de bajo costo en lagunas de estabilización.

Enfermedades infecciosas

- Investigación del estado de portador de salmonellas del grupo tífico en pacientes intervenidos por patología vesicular.
- Persistencia del estado de portador de salmonellas del grupo tífico y paratífico después de la colecistectomía.
- Potencial reumatogénico de distintas cepas de estreptococo beta hemolítico grupo A y seguimiento de pacientes en profilaxis secundaria de enfermedad reumática.
- Epidemiología de la hidatidosis humana.
- Estudio epidemiológico y clínico de la espergilosis pulmonar y otras micosis profundas.

Atención de salud

- Educación y salud integrados ayudan a obtener salud para todos.
- Proposición para una evaluación de la experiencia chilena en sistemas de salud.
- Organización de la Dirección de Atención Periférica en el servicio de salud de Valparaíso y San Antonio.
- Enfoque no tradicional del cuidado de la salud de una comunidad rural (Melón).
- El programa del médico general urbano en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente desde la perspectiva del médico incorporado al sistema.
- Cobertura de los programas nutricionales y de salud en los sectores de menores ingresos.
- Uso de medicamentos previos a la consulta médica.
- Errores en la administración de medicamentos en un hospital de Santiago.
- Normas de salud y su cumplimiento en el nivel de atención primaria.

Atención dental

- Jerarquización de algunas motivaciones de la población general para utilizar servicios odontológicos en consultorios.
- Método de examen bucal para profesionales del equipo de salud.
- Aplicación de la ergonomía a la odontología.
- Aplicación de la *Clasificación Internacional de Enfermedades en Odontología*.

Salud escolar y adolescencia

- Efectividad de un programa educativo en salud bucal a través de profesores coordinadores básicos.
- Morbilidad y atención médica del adolescente en el Gran Santiago.
- Evaluación del estado nutricional de los deportistas inscritos en la Dirección General de Deportes y Recreación del Área Metropolitana.
- Instrumento de evaluación del estado de salud del escolar y de su vivienda en el área rural.

Problemas de salud infantil

- Investigaciones de morbilidad infantil en el Gran Santiago.
- Variación de algunos factores de riesgo en la mortalidad infantil en Chile, 1971 y 1980.
- Análisis de cinco determinantes del nivel de salud y nutrición infantil en Chile, 1970-1979.
- Mortalidad infantil en Chile por grupos de causas evitables en los 27 servicios de salud del país.
 - Factores de salud asociados a la mortalidad infantil chilena por causas evitables.
 - Atención médica, nivel de vida y salud infantil.
 - Malformaciones congénitas en Chile: mortalidad durante el decenio 19780-1979.
 - Asociación entre variables socioeconómicas y biodemográficas y desnutrición infantil.
 - La rentabilidad social del Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

Mesa Redonda sobre Aspectos Prioritarios de la Problemática de la Administración Gubernamental de la Salud en América Latina

Este Mesa Redonda se realizó en México, D.F., del 21 al 24 de septiembre de 1981. Fue el resultado de un esfuerzo conjunto del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México y la OPS destinado a identificar y analizar algunos de los problemas centrales que los Gobiernos han debido enfrentar en la administración de sus programas de salud. Se contó con la cooperación de las Naciones Unidas (Proyecto Regional de Asistencia al CLAD), de la Universidad de Zulia (Venezuela) y de la Coordinación General de Estudios Administrativos de México.

Para llevar a cabo esta tarea se solicitó la colaboración de expertos internacionales de relevante trayectoria en diferentes áreas de la administración salud.

El programa trató de los siguientes temas:

- Principales problemas de la administración de la salud en América Latina.
- Situación latinoamericana en materia de cobertura de los sistemas de salud.
- Alternativas en materia de organización de los sistemas de protección médica masiva en la Región.
 - Experiencias innovadoras en la prestación de servicios masivos de salud en América Latina.
 - Economía de la producción e importación de medicamentos en América Latina.
 - Problemas de administración en el campo de la salud maternoinfantil y la planificación de la familia.

Investigación aplicada a gerencia de servicios de salud

El Comité Asesor del Programa de Educación en Administración de Salud OPS/Kellogg, en su reunión realizada en Río de Janeiro del 28 al 30 de abril de 1981, recomendó que se diera impulso a la investigación aplicada en las escuelas y cursos de educación en administración de salud de la Región, teniendo en cuenta que esta constituye un mecanismo importante para el adiestramiento de docentes y alumnos en la solución de problemas de salud.

Con el fin de promover esta actividad, la OPS ofrecerá colaboración para satisfacer las necesidades básicas de apoyo a aquellas instituciones que lleven a cabo investigaciones aplicadas. (Para obtener esta colaboración los interesados deberán presentar sus solicitudes en el formulario PAHO 300A, anexando todos los requisitos metodológicos de la investigación científica que se desea realizar o continuar.)

Se espera que esta iniciativa contribuirá a estimular investigaciones académicas que tengan repercusión directa en la administración de servicios de salud a fin de integrarlos dentro de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000.

A continuación se enumeran 10 temas que podrán usarse como sugerencias, términos de referencia o guía de estudio para la presentación de las solicitudes correspondientes.

1. Análisis comparado de sistemas de servicios de salud, considerando sus condiciones histórico-estructurales y las tendencias del desarrollo sectorial y de los sistemas socioeconómicos.

2. Reorganización de los sistemas de servicios de salud; organización de la descentralización con integración de las responsabilidades de salud en las administraciones locales y participación de la comunidad; unidades administrativas mínimas para lograr eficiencia en el uso de recursos.

3. Función de la seguridad social en la prestación de servicios de salud; programas inter-institucionales orientados a la extensión de la cobertura.

4. Análisis y evaluación de los procesos de planificación y extensión de la cobertura, especialmente en relación con:

- a) crecimiento de los recursos;
- b) aumento de la eficiencia;
- c) participación de la comunidad;
- d) tecnologías apropiadas, y
- e) articulación intersectorial.

5. Estudios de opinión y expectativas de la población; estudios de demanda, acceso, utilización de servicios, satisfacción e impacto; el impacto de la investigación biomédica en el mejoramiento de problemas nacionales de salud.

6. Sistematización de funciones de producción de servicios de salud. Eficiencia y eficacia de servicios de apoyo; desarrollo de técnicas de programación, control y supervisión; desarrollo de técnicas simplificadas y de bajo costo para la operación y mantenimiento de establecimientos.

7. Desarrollo de procesos de administración de recursos humanos; estudios sobre el mercado de trabajo; clasificación y valorización de cargos; metodologías para reclutamiento y selección de personal.

8. Desarrollo de guías específicas de equipos esenciales; análisis de retorno de inversión, en relación con la productividad; estudios de tecnología e ingeniería biomédica; control de adquisición de tecnología inapropiada.

9. Métodos de investigación social y del comportamiento organizacional de los servicios de salud; estudio de las estructuras en los individuos, los servicios y su medio ambiente.

10. Evaluación de la capacidad física instalada; técnicas de formulación y evaluación de proyectos; desarrollo de tecnologías apropiadas para la utilización de materiales nacionales; necesidad y accesibilidad a los servicios.

OBITUARIO

ODAIR PACHECO PEDROSO

Murió recientemente a los 72 años de edad el Profesor Odair Pacheco Pedroso, uno de los más renombrados especialistas en administración de hospitales de América Latina.

El Profesor Pacheco Pedroso fue responsable de la organización técnico-administrativa del Hospital de Clínicas de São Paulo y fue su primer superintendente, además de fundador del curso de administración de hospitales de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo.

Se graduó en la Facultad de Medicina de São Paulo en 1932, e inició su carrera en 1936 en la Santa Casa de Misericordia de esa ciudad. Un año más tarde, a invitación del Profesor Resende Puecho, trabajó en la Comisión de Asistencia Hospitalar del Estado, instituida por Armando Salles de Oliveira. En la década del 40, después de organizar el Hospital de Clínicas de São Paulo, fue enviado por el gobierno estatal a estudiar la organización de hospitales en los Estados Unidos.

Fundador de la Asociación Paulista de Hospitales, organizó el Hospital de Clínicas de Montevideo, Uruguay, y planificó el sistema hospitalario de la Argentina. Como consultor de la OPS, colaboró en la planificación de numerosos hospitales, tanto de Brasil como de otros países (Honduras, Uruguay, Perú, y Argentina). A invitación del Consejo Británico, visitó Inglaterra y Escocia para conocer la administración de hospitales en esos lugares.

Escribió alrededor de 60 trabajos sobre su especialidad. En reconocimiento de su obra, había recibido 86 títulos honorarios de varios países de Europa y América Latina.

Las instituciones y personas interesadas en divulgar noticias o informaciones sobre temas de educación en administración de servicios de salud pueden dirigirse a: División de Recursos Humanos e Investigación, Oficina Sanitaria Panamericana, 525 Twenty-Third Street, N.W. (No. 607), Washington, D.C. 20037, E.U.A.

Libros

PUBLICACIONES DE LA OPS Y DE LA OMS¹

Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales—Salud para todos en el año 2000. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1982. *Documento Oficial de la OPS 179.* (ISBN 92 75 37179 2). 106 págs. Disponible también en inglés. Precio: US\$8,00.

El 28 de septiembre de 1981, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó, en su XXVIII Reunión, el Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000. Las estrategias, que habían sido adoptadas por los Gobiernos Miembros en 1980, constituyen el cuerpo de política de salud que orientará los planes de acción que los Gobiernos y la Organización deberán diseñar y llevar a la práctica como un compromiso solidario para alcanzar la meta fijada.

Las estrategias básicas están constituidas por la atención primaria de salud y sus componentes, y comprenden: la extensión de la cobertura con servicios de salud y el mejoramiento del ambiente; la organización y participación de la comunidad; el perfeccionamiento de los mecanismos de la articulación intersectorial; el desarrollo de la investigación y de las tecnologías apropiadas y de los recursos humanos; la disponibilidad y producción de insumos críticos; el establecimiento de sistemas nacionales de financiamiento del sector salud y la reorientación de la cooperación internacional.

De acuerdo con lo señalado por el Dr. Héctor R. Acuña, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en el prefacio al documento, “el Plan de Acción marca un hito importante e histórico en el camino hacia la justicia social en las Américas para aplicar las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000”.

En efecto, el Plan constituye un marco de referencia para los Gobiernos en el ajuste de los planes nacionales de salud, de manera que concurren al esfuerzo regional a través de la solución de problemas prioritarios que cada país determine dentro de su propio contexto. Para la OPS, proporciona la orientación fundamental para su política, su organización, sus procedimientos y sus programas de

¹Estas publicaciones se pueden adquirir al precio indicado, si se solicitan al Servicio de Distribución y Ventas, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, o a la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, según corresponda. En Sudamérica, pueden ser adquiridas a través de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud de la OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

cooperación. A nivel internacional, representa la contribución de las Américas para la instrumentación de las estrategias mundiales de salud para todos adoptadas por la Organización Mundial de la Salud.

La estructura y el contenido del Plan de Acción se basan en los objetivos y metas regionales. Los objetivos específicos incluyen:

- La reestructuración y expansión de los sistemas de servicios de salud para mejorar su equidad, eficacia y eficiencia.
- La promoción y el perfeccionamiento de la articulación y de la cooperación intersectorial.
- La promoción y el mejoramiento de la cooperación regional e interregional.

Las metas mínimas regionales de salud son las siguientes:

- La esperanza de vida al nacer no habrá de ser inferior a 70 años en ningún país de la Región.
- La tasa de mortalidad infantil no habrá de ser superior a 30 defunciones por 1.000 nacidos vivos en ningún país de la Región.
- La tasa de mortalidad no habrá de ser superior a 2,4 defunciones por 1.000 niños de 1 a 4 años en ningún país de la Región.
- Para 1990 se habrán de prestar servicios de inmunización al 100% de los niños de menos de un año contra las principales enfermedades de la infancia, y esa cobertura se mantendrá durante el último decenio del siglo.
- El acceso a los servicios de abastecimiento de agua potable y de evacuación de desechos se extenderá al 100% de la población.
- El acceso a los servicios de salud se ampliará al 100% de la población.

El Plan de Acción se estructura en tres grandes grupos de acciones: las destinadas al desarrollo de las estrategias nacionales y regionales de atención primaria; las referentes a la instrumentación de los mecanismos necesarios de apoyo a estas estrategias y las que se requieren para la organización de su sistema de evaluación y monitoría de los objetivos, metas y estrategias regionales y del propio Plan de Acción.

Malaria en las Américas. Informe de la III Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria en las Américas. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1981. *Publicación Científica de la OPS 405.* (ISBN 92 75 31405 7). 158 págs. Precio: US\$6,00.

La III Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria en las Américas, convocada por la OPS a petición del Gobierno de México, se celebró del 26 al 31 de marzo de 1979. Asistieron a ella delegaciones constituidas por personal directivo de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria de varios países de las Américas, funcionarios y consultores de la OPS de la sede de Washington y de los países, así como altos funcionarios de la OMS.

También participaron representantes de la Agencia para el Desarrollo Internacional y de los Centros para el Control de Enfermedades, de los Estados Unidos de América.

Como señaló el Dr. Héctor R. Acuña, Director de la OSP, en su discurso inaugural, el resurgimiento de la malaria en algunos países y el lento progreso del programa de erradicación de la enfermedad en otros, las dificultades financieras de la mayoría de los países de la Región para poder obtener insecticidas, medicamentos y otros materiales, a costos cada vez más elevados, y los problemas técnicos hacen que la malaria sea uno de los temas más importantes de discusión en las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS y la OMS. De todos estos problemas se deduce que la elaboración de nuevas estrategias de lucha contra la malaria requiere conocimientos más profundos que los que necesitaba la ejecución de los programas clásicos de erradicación. Este cambio de estrategia exige, a su vez, cambios estructurales y funcionales difíciles de llevar a la práctica, que tienen que ir acompañados del refuerzo de instituciones y de la formación y perfeccionamiento de recursos humanos; todas estas actividades se desarrollan a largo plazo. Los cambios en los programas antimaláricos deben acompañarse de métodos de lucha mejores y de una preparación de los profesionales que les permita enfrentarse con el desafío de la "nueva estrategia". Por otra parte, esta estrategia tiene que adaptarse a las condiciones socioeconómicas y a los problemas de salud prioritarios en cada país.

Todos los aspectos citados fueron objeto de estudio durante la Reunión y fundamento de las recomendaciones que emanaron de la misma, en las que se plantean las bases para la elaboración de un plan continental de acción contra la malaria. Los temas específicamente tratados fueron: situación de la malaria en los países de la Región, incluida la aplicación de nuevas estrategias de control; análisis de los problemas que afectan al progreso del programa de erradicación, sus posibles soluciones y propuestas de investigación; y plan de acción en escala continental.

Entre las bases para el desarrollo de un plan continental contra la malaria figuran recomendaciones generales sobre metodología epidemiológica, medidas antimaláricas, financiamiento, investigaciones de campo, formación y adiestramiento de personal; y recomendaciones específicas aplicables según la situación epidemiológica de los países, para lo cual estos se dividen en cuatro grupos (con malaria erradicada; con áreas en fase de consolidación y mantenimiento; con áreas en las que existen focos, y con áreas con problemas que impiden la interrupción de la transmisión). Otras recomendaciones incluyen cuestiones de legislación, recursos financieros, estrategia y sistemas de información.

Crecimiento y desarrollo en los dos primeros años de vida posnatal, por M. Martell, L. A. Bertolini, F. Nieto, S. M. Tenzer, R. Ruggia y R. Belitzky. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1981. *Publicación Científica de la OPS 406*. (ISBN 92 75 31406 3). 99 págs. Precio: US\$4,00.

En esta publicación se presenta un estudio prospectivo, referido a algunos parámetros del crecimiento y desarrollo de niños nacidos de término, de pretérmino y de bajo peso para la edad gestacional. El estudio se inició en 1972 por un equipo de trabajo formado por los autores de esta publicación, en el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), de Montevideo, Uruguay, los cuales aplicaron el concepto de que en todo estudio dirigido al crecimiento y desarrollo deben considerarse los sucesos y factores que inciden en el período perinatal.

Los objetivos del estudio fueron solucionar la falta de patrones satisfactorios para la evaluación de los prematuros con peso adecuado y de los recién nacidos de bajo peso, en particular; determinar los patrones de crecimiento hasta los dos años de edad; comparar la evolución del crecimiento (valores absolutos, incrementos y velocidades) de los grupos antes mencionados en relación con el grupo control de nacidos de término con peso adecuado; comparar ciertos parámetros del desarrollo (inicio de la marcha y modalidad de las conductas) entre los grupos de interés, y aportar información estadística procedente del estudio, como base para el diagnóstico racional de las alteraciones del crecimiento y del desarrollo. El material fue seleccionado entre una población homogénea, atendida en la Clínica Ginecotológica "B" del Hospital de Clínicas de Montevideo. El equipo técnico se mantuvo sin cambio a lo largo del estudio. La información recolectada se registró en fichas que se procesaron con computadora electrónica; se obtuvieron las curvas de crecimiento y desarrollo, y se compararon los resultados.

El texto se completa con una lista de 110 referencias, y dos anexos. El Anexo I se titula: Nueva forma de evaluación del crecimiento posnatal hasta los dos años de vida, y va también acompañado de una breve lista de referencias; en el Anexo II figuran las curvas y tablas de crecimiento posnatal para talla corporal y perímetro craneano.

Enseñanza de la salud pública—20 años de experiencia latinoamericana. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1981. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos* 36. 182 págs.

En noviembre de 1959, la Organización Panamericana de la Salud convocó la Primera Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina, con el fin de que "un grupo de los responsables de la enseñanza de la salud pública, por medio del intercambio de opiniones y experiencias, discutiera la mejor manera de cumplir su objetivo común de preparar personal más capacitado para resolver los problemas de salud pública en dicha parte del continente".

El éxito alcanzado en esta primera Conferencia llevó a la OPS a promover y apoyar sucesivas conferencias. Hasta 1980 se habían celebrado 10 conferencias y una reunión especial. (En 1981 se celebró la XI Conferencia, de la que se da cuenta en este mismo número de *Educación médica y salud*.)

Los informes resultantes de esas Conferencias, en su conjunto, expresan la experiencia latinoamericana en la enseñanza de la salud pública durante los

últimos 20 años. Por eso se han reunido ahora en esta publicación especial a fin de facilitar la consulta para la revisión de los temas tratados y para observar la evolución de los programas de enseñanza. Se incluyó también las listas de participantes en las conferencias, entre los que se encuentran profesionales del mayor prestigio en salud pública en América Latina de las dos últimas décadas.

A continuación se enumeran los temas tratados en las conferencias y el lugar y fecha en que estas se celebraron:

CONFERENCIA	TEMA	PAIS	FECHA
I	Objetivos y funciones de las escuelas de salud pública	México	Noviembre de 1959
II	Enseñanza de bioestadística	Venezuela	Noviembre de 1961
III	Enseñanza de la administración de salud pública	Brasil	Septiembre de 1963
IV	Enseñanza de la epidemiología	Puerto Rico	Noviembre de 1965
V	Enseñanza de la administración de la atención médica	Argentina	Noviembre de 1967
VI	Funciones de las escuelas de salud pública frente a los cambios socioeconómicos en la América Latina	Colombia	Diciembre de 1969
Reunión Especial	Salud pública	Chile	Noviembre de 1970
VII	Las escuelas de salud pública en el proceso de desarrollo de recursos humanos para la salud	Cuba	Octubre de 1971
VIII	Evaluación de las escuelas de salud pública	Perú	Febrero de 1974
IX	Atención de la salud en el nivel primario	Brasil	Noviembre de 1976
X	Investigación aplicada a los servicios de salud	Venezuela	Abril de 1979

Evaluación del rendimiento de los trabajadores de la salud—Manual de formación y supervisión, por F. M. Katz y R. Snow. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981. *Cuadernos de Salud Pública* 72. (ISBN 92 4 330072 5). 188 págs. Disponible también en francés y en inglés. (Precio: Fr.s. 28,-).

El manual está destinado a quienes proyectan, realizan y evalúan los programas de formación de los trabajadores de la salud, así como a las personas encargadas de su supervisión. Se indican en él diversos métodos para evaluar el rendi-

miento y se exponen las principales consideraciones que hay que tener en cuenta al adoptar una estrategia para la evaluación.

El libro está dividido en dos partes: principios y métodos, y ejemplos de instrumentos de evaluación. La primera contiene los siguientes capítulos: evaluación del rendimiento; marco de la evaluación del rendimiento; estrategias de evaluación; principios rectores; técnicas de evaluación; planificación de las estrategias y los procedimientos de la evaluación, y dos ejemplos de procedimientos de evaluación del rendimiento. La segunda parte comprende tres secciones: pericia clínica (general); evaluaciones generales (tareas múltiples), y rendimiento en tareas específicas.

La OMS ha acopiado otros ejemplos de procedimientos para evaluar el rendimiento de los estudiantes de instituciones de formación de personal de salud y ha solicitado a los colaboradores de estas instituciones en todo el mundo que le ayuden en esa tarea. En la sede de la Organización se han reunido y clasificado así entre 200 y 300 procedimientos de evaluación, con los que se ha compilado un catálogo anotado que se podrá distribuir en breve. También comprenderá un formulario para que los lectores puedan solicitar ejemplares de determinados ejemplos de procedimientos de evaluación. Se espera que los lectores se sientan inducidos a enviar otros ejemplos para su catalogación y posterior distribución.

Guía pedagógica para el personal de salud (edición revisada, 1981), por **J. J. Guilbert**. Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad de Valladolid/Organización Mundial de la Salud. (ISBN 84 600 2274 9). Precio: 500 pesetas.

La edición de esta Guía es la cuarta en lengua española y ha sido objeto de una completa revisión, aun manteniendo el planteamiento y los principios originales de la edición precedente (1977). El autor ha introducido, en efecto, importantes modificaciones a la luz de su experiencia y siguiendo las sugerencias que los miles de utilizadores de la obra han aportado a lo largo de los últimos años.

El lector que haya tenido la oportunidad de consultar las ediciones precedentes observará la inclusión de una nueva etapa en la espiral de la educación y la modificación de la secuencia de las etapas.

Este cambio responde a la importancia decisiva que la evaluación tiene en cualquier modificación o en el establecimiento de un programa educativo. Por ello, la planificación de la evaluación sigue a la definición de los objetivos y precede a la construcción del programa. Esta modificación hace patente, por un lado, que es obligado que las pruebas de examen correspondan lo más realmente posible a los objetivos educativos derivados de las tareas profesionales y que han de tenerse en cuenta para la planificación de las actividades de aprendizaje y del programa, y por otra parte, que la forma en que se realiza la evaluación influye decisivamente en la forma en que los estudiantes abordan dicho aprendizaje.

Una importante revisión del capítulo relativo a los objetivos educativos permite poner especial énfasis en la casi identidad existente entre los objetivos educativos y las tareas que el personal de salud deberá realizar en el ejercicio de

su profesión. La definición y la limitación de los papeles, funciones, actividades y tareas profesionales permiten una mejor planificación del proceso de establecimiento de objetivos educativos.

En relación con la construcción de un programa, se insiste en el papel que debe asumir el profesor de ciencias de la salud para facilitar un aprendizaje eficaz. También se amplían las secciones dedicadas al estudio de las estrategias y medios de enseñanza.

La innovación más señalada en el capítulo de docimología consiste en la aportación de criterios que permiten no solo evaluar a los estudiantes sino también la calidad y el modo de establecer los objetivos, y el propio programa de formación.

Las directrices para organizar un taller pedagógico de corta duración se han completado a la luz de la experiencia adquirida. Esta parte de la obra, que describe los métodos más eficaces de incrementar la competencia pedagógica de los docentes, se reserva claramente para aquellos que ya han participado con anterioridad en tal tipo de reuniones.

El autor piensa que muchos docentes que han aceptado las ideas expuestas en el resto de la Guía, tal vez después de haber participado en un taller pedagógico organizado por la OMS, desearían quizá organizar ellos mismos talleres para otros colegas. El capítulo relativo a la forma de organizar un taller pedagógico de corta duración contiene consejos detallados y prácticos sobre la planificación y la organización de un taller.

Los problemas examinados en esta publicación son los que plantea concretamente la formación del personal de salud: médicos, enfermeras, dentistas, ayudantes médicos, ingenieros sanitarios, etc.

Por último, cabe destacar que en la edición 1981 se han simplificado la terminología y la redacción y se han incrementado notablemente los ejemplos de ejercicios de aplicación.

Con el mismo propósito, se ha revisado la estructura de la Guía para una mejor adaptación de la obra al trabajo personal del usuario en relación con sus particulares necesidades educativas. Se proponen diferentes métodos de trabajo, procurando tener en cuenta la diversidad de los niveles existentes entre los usuarios de la Guía, a fin de facilitar su uso.

Las versiones en francés y en inglés de la Guía han sido editadas como Publicación en Offset de la OMS No. 35 (que puede obtenerse del Servicio de Distribución y Ventas, OMS, 1211 Ginebra 227, Suiza; precio: Fr.s. 28,-).

NUEVA SERIE DE PUBLICACIONES DE LA OMS

La Organización Mundial de la Salud tiene una nueva serie de publicaciones—“Salud para Todos”—en la que se publica una selección de importantes documentos sobre las políticas, las estrategias y los procesos aplicables para alcanzar el principal objetivo social de la OMS: lograr para todos los pueblos del mundo un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente

productiva. Las primeras cinco publicaciones de esta serie, que aparecen en seis idiomas (árabe, chino, español, francés, inglés y ruso) son:

No. 1 Alma-Ata 1978. *Atención primaria de salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978). 1978.* ISBN 92 4 354128 5

No. 2 *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. 1979.*

No. 3 *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. 1981. ISBN 92 4 38003 5

No. 4 *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados para el logro de la salud para todos en el año 2000*. 1981. ISBN 92 4 380 004

No. 5 *Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Normas fundamentales para su empleo en apoyo de las estrategias de salud para todos en el año 2000*. 1981. ISBN 92 4 380005 1

No. 6 *Evaluación de los programas de salud—Normas fundamentales*. 1981. ISBN 92 380006 X

Oral rehydration therapy

Se dispone actualmente de una bibliografía anotada que contiene una colección de 133 resúmenes de artículos publicados sobre el tratamiento de rehidratación oral, que constituye una medida básica para reducir la mortalidad causada por las diarreas. Compilada con ayuda de la Organización Panamericana de la Salud y de distintos organismos oficiales de los Estados Unidos de América, esta bibliografía tiene por objeto facilitar la revisión y el empleo de un gran volumen de datos que se ha acumulado últimamente sobre este importante asunto.

Los artículos resumidos se distribuyen en cinco grupos: historia, aplicación, impacto de la terapéutica de rehidratación oral, ensayos clínicos y trabajos relativos a la composición de las soluciones de rehidratación oral. Los artículos relacionados con más de uno de estos grupos se han incluido en la sección de la que se encuentran más próximos y, al mismo tiempo, se citan en todos las demás con las que tengan alguna vinculación.

Se espera que esta bibliografía resulte útil no solo para las personas directamente interesadas en la terapéutica de rehidratación oral sino también para todos aquellos que han de abordar de un modo más general los problemas planteados por las enfermedades diarreicas.

Pueden obtenerse gratuitamente ejemplares solicitándolos al Servicio de Distribución y Ventas, OPS. La bibliografía existe en inglés y en español.

* Se publicaron inicialmente como publicaciones ocasionales.

INFORMACION A LOS AUTORES

Educación médica y salud gustosamente considerará para su publicación:

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

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

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

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

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

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

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

NOTICE TO AUTHORS

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

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

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

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

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

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

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

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

FORMULARIO DE SUSCRIPCION / SUBSCRIPTION FORM

Oficina Sanitaria Panamericana / Pan American Sanitary Bureau
525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, U.S.A.

Sírvanse suscribirme a / Please enter my subscription to

Educación médica y salud

POR UN AÑO For 1 Year US\$ 8.00
POR DOS AÑOS For 2 Years US\$15.00
POR TRES AÑOS For 3 Years US\$21.00

Acompaño al efecto el correspondiente cheque giro pagadero a: Oficina Sanitaria Panamericana

I enclose check money order payable to: Pan American Sanitary Bureau

NOMBRE / Name

DIRECCION / Address

CIUDAD / City

PAIS / Country



En caso de **RENOVACION DE SUSCRIPCION**, sírvase devolver la etiqueta del sobre en el que recibe *Educación médica y salud*.

In case of **RENEWAL**, please return the address label from the envelope in which you receive *Educación médica y salud*.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

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

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

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

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

GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS

Argentina
Bahamas
Barbados
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 Vicente y Granadinas
Santa Lucía
Suriname
Trinidad y Tabago
Uruguay
Venezuela

GOBIERNOS PARTICIPANTES

Francia

Reino de los Países Bajos

Reino Unido

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Director

Dr. Héctor R. Acuña

Director Adjunto

Dr. S. Paul Ehrlich (h.)

Subdirector

Eusebio del Cid Peralta

OFICINAS DE AREA

Area I, Apartado 6722
Caracas, Venezuela

Area III, 7ª Ave. 12-23, Zona 9
Guatemala, Guatemala

Area V, Caixa Postal 04-0229
Brasília, D.F., Brasil

Area II, Apartado 105-34
México 5, D.F., México

Area IV, Casilla 2117
Lima, Perú

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

Oficina de Campo

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

Caribe

Coordinador de Programa en el Caribe
P.O. Box 508, Bridgetown, Barbados

OFICINA CENTRAL

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

CONTENIDO

EDITORIAL: POR EL DR. HECTOR R. ACUÑA

XI CONFERENCIA DE PROGRAMAS DE ENSEÑANZA DE SALUD PUBLICA DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE—INFORME FINAL

DESCENTRALIZACION DE LOS CURSOS MEDIOS DE SALUD PUBLICA

A EXPERIENCIA DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PUBLICA DE RIO DE JANEIRO COM A DESCENTRALIZAÇÃO DO CURSO DE SAÚDE PUBLICA

COORDINACION DE LA ENSEÑANZA DE LA SALUD PÚBLICA COMO ESPECIALIDAD

COORDINACION DE LA ENSEÑANZA DE LA SALUD PUBLICA EN LAS UNIDADES DE SERVICIO: LA EXPERIENCIA CUBANA

PUBLIC HEALTH TRAINING PROGRAMS AT THE UNIVERSITY OF THE WEST INDIES

ESTADO ACTUAL DE LA ENSEÑANZA DE LA SALUD PUBLICA EN CENTROAMERICA Y PANAMA

TALLER SOBRE ENSEÑANZA DE ECONOMIA, FINANZAS Y CONTROL DE COSTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SEMINARIOS-TALLERES SOBRE LA INSTRUMENTACION DEL PLAN DE ACCION—SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

CURSO DE POSGRADO SOBRE PLANIFICACION DE LA DOCENCIA UNIVERSITARIA

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ENSEÑANZA DE ESTADISTICA

CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA

NUEVO CENTRO DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS

ENSEÑANZA MODULAR EN LA ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE CORDOBA, ARGENTINA

NUEVO INDICE SOBRE EDUCACION EN SALUD

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO EN SALUD COMUNITARIA DE CENTROAMERICA Y PANAMA (PASCAP)

NOTICIAS DE EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SALUD

PUBLICACIONES DE LA OPS Y DE LA OMS

