

Volumen 23, No. 4
Octubre/diciembre 1989

Educación Médica y Salud

DESARROLLO DE PERSONAL
DE SALUD EN LAS
AMERICAS

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

E EDUCACION MEDICA Y SALUD

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

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

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

ISSN 0013-1091

Ultimos números publicados:

Vol. 23, No. 2: Recursos humanos. Nuevos espacios de trabajo

Vol. 23, No. 3: PASCAP: 10 años de experiencia en cooperación técnica en desarrollo de recursos humanos

Próximo número:

Vol. 24, No. 1: Recursos humanos en salud. La próxima década. Parte I

Educación Médica y Salud

Volumen 23, No. 4
Octubre/diciembre 1989

ARTICULOS

- 313 **Recursos humanos en cinco países de América Latina. Análisis de indicadores.** *Tirsis Quezada Aliff*
- 332 **Chile: Innovaciones en la enseñanza de odontología.** *Clara Misrachi L. y Ernesto Toro B.*
- 344 **Argentina: Transformación curricular.** *Amanda Galli*
- 354 **Brasil: Currículo e práctica médica.** *Antonio Egidio Nardi*
- 363 **México: Evaluación comparativa de dos planes de estudios de medicina. Seguimiento de egresados.** *José Antonio Moreno, Rodolfo Herrero Ricano, Enrique Pontes González, José Luis Osorno Covarrubias y Magda Luz Atrian Salazar*
- 376 **Colombia: Estudio del recurso humano del nutricionista dietista.** *Aura García Ulloa, Clara Carrasco de González, Doris Ramírez de Peña, Elsa Guzmán de Aristizabal, Elvira Alonso de Vargas, Martha Nieto Espitia y Yolanda Ramírez Guarín*
- 391 **Bolivia: Situación de trabajo de médicos egresados de las Facultades de Medicina de La Paz y Cochabamba entre los años 1981-1985.** *Omar Fernández y Axel Kroeger*

RESEÑAS

- 402 **Modelo de enseñanza para la especialización en pediatría.** *Efraín Shor Pinsky y Rosaura Rosas Vargas*
- 406 **Opiniones sobre uso de bebidas alcohólicas y alcoholismo entre estudiantes universitarios.** *Guilherme Luiz Guimarães Borges*

411 NOTICIAS

414 IN MEMORIAM

416 LIBROS

420 INDICE DEL VOLUMEN 23 (1989)

CONSEJO EDITORIAL DE *EDUCACION MEDICA Y SALUD*:

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

INFORMACION PARA LOS AUTORES

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

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

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

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

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

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

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

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

RECURSOS HUMANOS EN CINCO PAISES DE AMERICA LATINA. ANALISIS DE INDICADORES¹

*Tirsis Quezada Aliff*²

INTRODUCCION

Hoy día es difícil encontrar oposición (al menos a nivel del discurso), a la afirmación de que la salud es un proceso integral de múltiples determinaciones, donde lo biológico es solo un componente más de dicho proceso.

Los avances al respecto han conducido a replantear con gran seriedad a nivel de algunos organismos internacionales, y con gran aceptación por parte de los países, las estrategias de promoción y atención a la salud de la población. La meta de la Organización Mundial de la Salud de lograr salud para todos en el año 2000 (SPT-2000) es el mejor exponente de estas tendencias, donde salud no es solo morbilidad y mortalidad, y prevención no se limita a vacunación y saneamiento ambiental, sino que la salud es concebida integralmente como calidad de vida.

Ello representa un cambio importante en la conceptualización del problema, que se expresa de diversas formas en las acciones de atención a la salud; la modificación más significativa la constituye la estrategia para lograr SPT-2000, es decir, la atención primaria de salud (APS), entendida no como nivel inicial o primario de atención, sino como el conjunto de acciones que llevan a cabo los distintos sectores de la vida nacional para elevar la calidad de vida de la población, teniendo como guía los principios de equidad, accesibilidad y justicia social para todos.

Estos planteamientos obligan a redefinir las líneas de acción dentro del sector salud, y entre estas por supuesto, el aspecto de los recursos humanos (RHS), ya que la salud, expresada en estos términos deja de

¹ Resumen del trabajo con el mismo título realizado para el proyecto Prospectiva Tecnológica para América Latina. UNU/CIID/UNICAMP. Coordinado en Venezuela en el CENDES/UCV por la Dra. Hebe Vesuri.

² Asociación Venezolana para el Desarrollo de la Investigación en Salud, Caracas.

ser solo atención a la enfermedad, y por tanto deja de ser un problema estrictamente médico para convertirse en un problema social, con diversas manifestaciones en el individuo y en la comunidad.

Esta discusión cobra particular importancia cuando se propone en foros nacionales e internacionales la necesidad de restringir algunas categorías de profesionales en salud por supuesta saturación del mercado o logro del número ideal requerido por los países (tal es el caso de los médicos), a la vez que se promueve la formación de otros cuyo déficit se considera necesario resolver (enfermeras y técnicos medios, por ejemplo). Se habla en general del déficit o exceso de los RHS, partiendo de criterios tan amplios como la relación médico-habitante; la relación médico-enfermera; el número de egresados y los cargos disponibles, etc. Si bien estos indicadores no son descartables como elementos descriptivos, dicen poco o nada de la realidad que tratan de medir. Para tomar decisiones tan importantes como frenar la formación de profesionales, o considerar saturado el mercado, se requiere analizar la situación con indicadores adecuados. Dichos indicadores deben estar precedidos por un marco general que ubique la realidad que pretenden medir, y deben evaluar además el comportamiento de las variables en función de sus propias modificaciones respecto de esa realidad.

En el presente trabajo, partiendo de las propuestas vigentes a nivel internacional de lograr SPT-2000, que han sido aceptadas por todos los gobiernos de la Región, se analiza la situación de los RHS en cinco países de América Latina (Argentina, Brasil, Cuba, México y Venezuela), así como los indicadores utilizados para su descripción y evaluación. Ello nos permitirá discutir hacia dónde conduce su uso, identificar sus limitaciones y hacer recomendaciones alternas al respecto.

Con ese fin se describe a continuación la propuesta metodológica a seguir; el segundo punto se dedica a la descripción de la situación general de la Región, y el tercero a la situación por país. Finalmente, se realiza un análisis de conjunto que permita hacer propuestas comunes a las distintas realidades.

PROPUESTA METODOLOGICA

En cada sociedad concreta, los indicadores sociales deben jugar un papel fundamental en la planificación, ya que deben orientar sobre los cambios a impulsar a través de las políticas que se enuncien. Pero los indicadores sociales no existen aislados; son expresión de la realidad en la que están insertos, y deben ayudarnos a “medir”, cuantitativa y cualitativamente, la forma como están estructurados los aspectos de la realidad que ellos identifican, para poderlos modificar. Por ello, el primer paso para definir indicadores que permitan planificar, evaluar y monitorear una ac-

tividad, es partir de un marco general que explique las características de dicha actividad y su vinculación con el conjunto de las prácticas sociales.

La salud, como señalamos anteriormente, es un proceso socialmente determinado, que tiene diversas formas de expresión en el hombre y en la sociedad. La atención a la salud ha sufrido transformaciones importantes que la han llevado, de ser considerada como un proceso eminentemente biologicista y del campo exclusivo de la medicina, a ser considerada como un problema integral, que pasa por la coordinación del conjunto de sectores de la vida nacional para lograr elevar la calidad de vida de la población.

La expresión más acabada de estas nuevas propuestas en salud, la constituye la estrategia de atención primaria de salud, que se basa en esencia en el reconocimiento de que, alcanzar salud para todos, cumpliendo con los requisitos de impacto, equidad, eficiencia social, participación social, articulación intersectorial y cooperación entre los países, constituye un típico problema económico.

La base de dicha estrategia es la población y sus problemas de salud; la APS identifica grupos prioritarios de población a atender, en función de sus dimensiones e importancia para la sociedad. Es así como a los grupos inicialmente priorizados, que fueron los marginales urbanos y rurales, se le suma el grupo materno-infantil y se completa hoy con los trabajadores; constituidos en grupo prioritario paralelamente al incremento de la industrialización y planteado como algo que sobrepasa la atención a la enfermedad, para dar cabida al cuidado del medio ambiente de trabajo, los accidentes, la rehabilitación, etc. Finalmente, en algunos países en que la población de edad avanzada constituye un problema importante, este grupo también ha sido definido como prioritario.

Dentro de esta concepción, el papel asignado a los RHS es muy amplio y significativamente distinto de la visión predominante hasta el momento, ya que se parte del principio que la población es el recurso más importante de un país; la atención primaria de salud tiene que aprovechar plenamente todos los recursos disponibles, y es indispensable mover todas las reservas de personal con que cuenta la comunidad. La visión de atención a la salud que aquí se promueve, pretende utilizar todo recurso existente, incluyendo el que realiza prácticas no convencionales (por ejemplo, los curanderos), destacando que todo el personal sanitario estará en función de las necesidades de los grupos de población identificados como prioritarios y de la estrategia de APS.

Todos los países de la Región han suscrito la APS como estrategia para lograr SPT-2000; este es el marco general que guía en América Latina las políticas y acciones del sector. Esto sucede en una Región seriamente afectada por una crisis económica cuyos efectos repercuten precisamente, en mayor o menor medida, en los sectores menos favorecidos de la población. Ello, unido al impacto que ha tenido esta crisis en salud, conforma el marco dentro del cual se analizan los indicadores de RHS.

Partimos para nuestro análisis de tres supuestos básicos:

1. Los indicadores sociales no existen aislados y deben considerarse dentro del marco de la realidad que pretenden medir.

2. En el caso de los RHS, su evaluación debe considerar no solo el ámbito de su producción, sino además su distribución y utilización, para tener una visión integral de los mismos.

3. El tercer elemento a considerar, y por lo cual hay que contrastar la producción con la distribución y sobre todo la utilización, es la necesidad de separar la política de la estrategia (es decir, el discurso de la acción), entendiendo por políticas una propuesta de distribución del poder, y por estrategia la forma de implementación de una política. Ello es fundamental teniendo en cuenta que los indicadores cualitativos muchas veces centran sus datos en la coherencia del discurso con lo que se pretende medir, dejando de lado el hecho de que ese discurso se ejecute o no en la realidad. Para conocer la estrategia llevada a cabo en los diversos países, utilizaremos la información proveniente del *gasto*, y para las propuestas, las políticas formales definidas como tales por las instituciones del sector.

PROBLEMAS SOCIOECONOMICOS EN AMERICA LATINA Y SU REPERCUSION EN SALUD

La crisis histórico-estructural que vive desde hace 50 años América Latina y el Caribe, se ha agravado por razones coyunturales en distintos períodos; la forma de enfrentar dicha crisis, y en particular el endeudamiento externo, junto con la caída de los precios de productos de exportación importantes (petróleo, azúcar, etc.), conduce a que se profundice la misma a partir del año 1981, caracterizándose la Región por:

- Desmejoramiento de los términos de intercambio.
- Incremento de la deuda externa latinoamericana.
- Incremento de las tasas de interés sobre la deuda.
- Pérdida abrupta de la paridad frente al US\$ dólar.
- Incremento de los índices de inflación.
- Disminución del ingreso fiscal e incremento del gasto público en algunos rubros.
- Disminución de la actividad productiva pública y privada e incremento del desempleo.
- Renegociación de la deuda externa y aceptación de condiciones que limitan el desarrollo de las actividades nacionales.

Los intentos para superar esta seria situación, han planteado casi exclusivamente soluciones de orden económico, entre ellas la reduc-

ción de los déficit fiscales mediante la disminución drástica de actividades y programas destinados a satisfacer las necesidades sociales. Los indicadores económicos tradicionales permiten identificar la gravedad de la situación y sus repercusiones; por una parte, el PIB decreció en conjunto, entre 1981 y 1983, en un 2,8%; por otra, el PIB per cápita tuvo una variación acumulada de - 9,5% por habitante entre 1980 y 1983. Otro aspecto relevante del problema es la reducción de capitales hacia la Región.

Es evidente que el deterioro en la esfera económica (de lo cual lo señalado constituye solo algunos aspectos) tiene un impacto a nivel de la salud de la población y de los servicios en el área, estrechamente relacionada con la vía que han definido los gobiernos para enfrentar la crisis.

Es posible analizar el impacto de la situación en los servicios de salud desde múltiples perspectivas, ya que la restricción del gasto en salud, la simplificación de los servicios de salud del estado, la contracción de la cobertura y la privatización creciente de los servicios son elementos comunes a las tendencias en salud de los países de la Región.

Por otra parte, no es fácil identificar el impacto en la situación de salud, propiamente dicha, con el uso de los indicadores tradicionales de mortalidad, ya que una vez estos se han estabilizado en cierto nivel, son hasta cierto punto sensibles a las modificaciones coyunturales. Hay que medir la situación entonces a través de problemas de salud asociados a factores de mayor sensibilidad a corto plazo, como el caso de la malnutrición y sus efectos (como son prematuridad, bajo peso al nacer, el incremento de infecciones respiratorias agudas y diarreas en los niños), y a través del deterioro de las condiciones de vida (desempleo, subempleo, acceso limitado a bienes y servicios, etc.) que a mediano plazo incidirán en los indicadores de morbilidad y mortalidad. Lo que sí es posible evaluar son los cambios en el comportamiento en relación con la salud, particularmente en lo que se refiere a la demanda de los servicios del Estado, porque al aumentar el desempleo, aumenta el número de personas no cubiertas por seguro social, que deben buscar asistencia en los servicios del Estado. Además, el alto costo de los medicamentos y de los servicios privados conduce a otros sectores de la población a buscar también los servicios públicos, pero estos (al menos en el caso de Venezuela), han introducido la modalidad de cobro por servicios ante la escasez de recursos, y exigen a los pacientes llevar sus sábanas y otros enseres, lo que equivale a "privatizar" los servicios públicos, contribuyendo a un aumento de población sin acceso a la atención.

SITUACION DE LOS RHS EN AMERICA LATINA

Diversos trabajos sobre RHS en la Región coinciden en destacar dos grandes aspectos de la situación de los mismos: a) la aparente so-

breproducción de algunas categorías de profesionales y b) la ausencia de información apropiada o indicadores adecuados que conduzcan al diseño de políticas eficaces y eficientes en el campo.

Respecto de la sobreproducción, o mejor dicho, aumento de la oferta de RHS, el origen de esta situación se ubica en el estímulo a la formación, particularmente de médicos, que se produjo a partir de los años 50, tanto por organismos internacionales, como por las instancias nacionales respectivas.

Al parecer, el hecho de haber impulsado con criterio estrictamente expansionista la formación de médicos en la Región, condujo a problemas de desempleo y subempleo profesional a finales de los años 70, situación agudizada en el período correspondiente a 1981-1984. Sin embargo, la existencia de desempleo y subempleo no puede calificarse por sí sola como la prueba de "exceso" de médicos. Al respecto, Nogueira y Brito (*Educ Med Salud* 20(3), 1986) señalan que:

"Evaluar si la oferta de médicos sobrepasa un determinado umbral, a partir del cual puede ser considerada excesiva, es una tarea difícil y delicada, lo que se puede comprobar en más de una oportunidad, a través de los estudios de país encomendados por la OMS. Tarea difícil porque son precarios los datos sobre lo que está pasando realmente con los profesionales en el mercado de trabajo. Tendría que saberse cuántos están desempleados y tener una imagen correcta de la extensión del subempleo a través de información sobre renta, horas trabajadas, número de vínculos ocupacionales, etc. . . . En los países en desarrollo, la posibilidad de realizar tales cálculos es escasa. Existe siempre, en estos casos, la posibilidad de que se interprete un superávit aparente de médicos como resultado de una capacidad física instalada deficiente en relación con la magnitud de las necesidades de la población."

A esto añadiríamos que parte de las consecuencias de la crisis económica en la Región, y la respuesta de los gobiernos es precisamente restringir el gasto en los sectores sociales (salud, por ejemplo), donde se limita la creación de cargos o se congelan los existentes, independientemente de la realidad de salud o de RHS del país en cuestión. Ello nos conduce a afirmar que la identificación o no de exceso de médicos es un problema político que involucra los intereses de los gobiernos y sus propuestas en salud, los gremios, y los sectores sociales involucrados. Esta situación, que caracteriza las posiciones respecto de déficit, adecuación o superávit de RHS, en la que se mezclan los intereses y políticas nacionales con la falta de información, nos permite destacar algunos aspectos relativos a indicadores, que es el segundo gran problema identificado.

Como señalamos anteriormente, la información sobre RHS en América Latina no es adecuada (fallas en el registro, en los criterios, etc.) pero, además, el uso que se da a la que se logra obtener resulta poco eficaz

para identificar necesidades nacionales y de salud, y tiende más a establecer comparaciones con supuestas normas o metas propuestas para la Región, que ocultan las diferencias al interior de los países. Tal es el caso de las razones por 10 000 habitantes, o la relación médico-enfermera, o médico-habitante que sugieren los organismos internacionales, cuya capacidad de identificar la problemática real del país que pretende medir es muy pobre y enmascara además la distribución geográfica del profesional, su inserción real a nivel de la práctica pública o privada, la accesibilidad que tiene la población al servicio que este dispensa, así como su coherencia con la meta regional de SPT-2000.

Como el propósito de la meta está fundamentalmente inspirado en la reducción de las desigualdades entre países y entre grupos humanos, esta estrategia debe ser válida y aplicable a toda la población y no quedar restringida a grupos postergados y marginados, aun cuando la satisfacción de las necesidades básicas de estos constituyen un objetivo principal. Es por esta razón que en las Américas no se concibe la atención primaria como un programa limitado a satisfacer en alguna medida las necesidades mínimas de grupos que viven en la extrema pobreza.

El núcleo conceptual y operacional de la atención primaria es el de obtener el impacto deseado en la salud de las poblaciones con el máximo de eficiencia social y de productividad de los recursos asignados al sector.

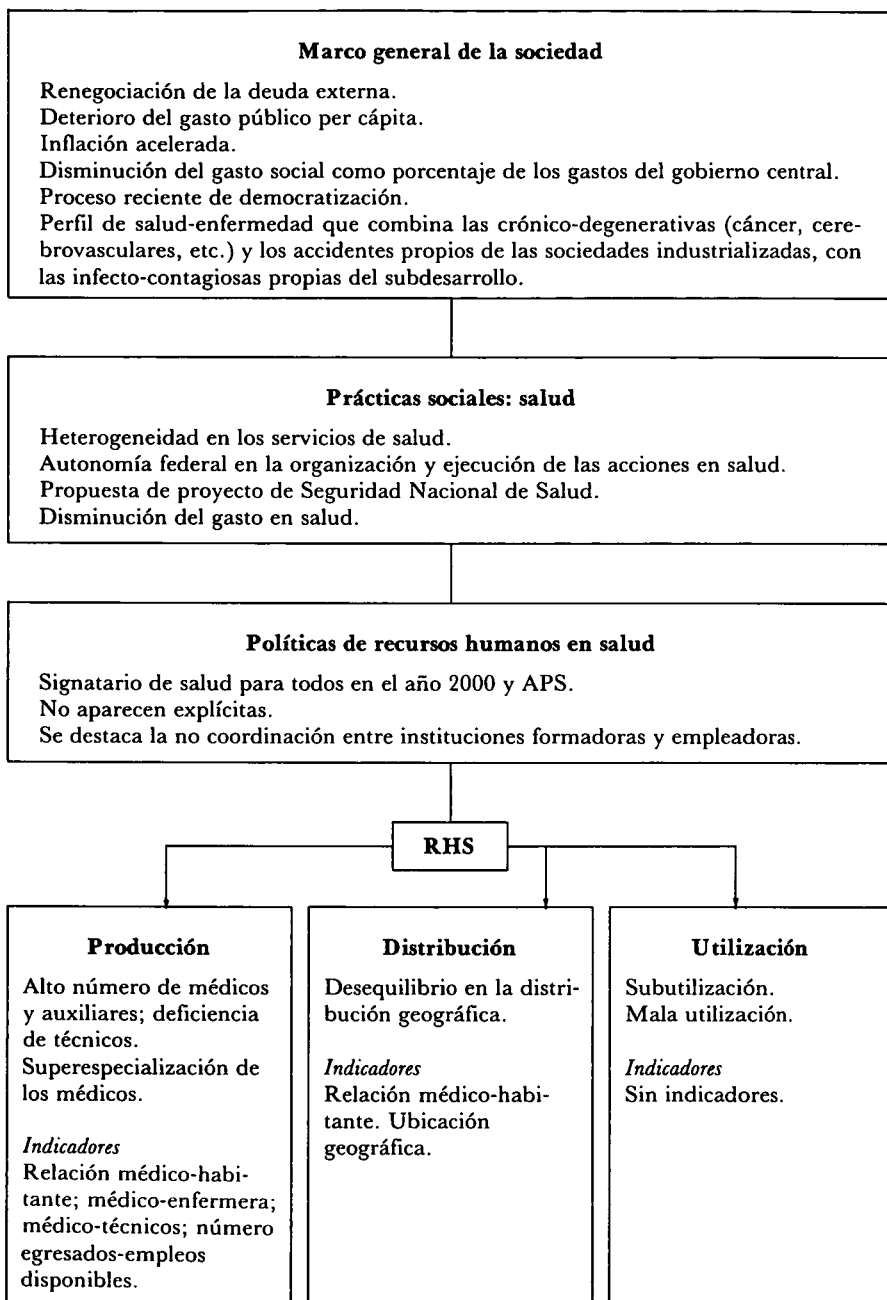
El éxito de la estrategia requiere como condición necesaria una política nacional bien definida, su aplicación a través de un proceso de participación capacitante y de evaluación sistemática, y el desarrollo, de acuerdo a las características socioeconómicas de salud de cada país, de los componentes estratégicos:

- Extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente.
- Organización y participación de la comunidad.
- Desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas.
- Disponibilidad de insumos y equipos críticos.
- Formación y utilización de recursos humanos.
- Financiamiento del sector.
- Cooperación internacional.

ESQUEMAS DE PAIS

Los esquemas que se presentan a continuación son el resumen de la situación de los recursos humanos en salud en los cinco países aquí tratados. El desarrollo extenso del tema se encuentra en el documento original de igual título.

1. ARGENTINA



2. BRASIL

Marco general de la sociedad

Renegociación de la deuda externa.

Expansión acelerada 1960-1970.

Recesión a partir de 1980, que ha conducido a inflación, concentración de la distribución del ingreso, desempleo, etc.

Perfil de salud-enfermedad que combina las crónico-degenerativas (cáncer, cerebrovasculares, etc.) y los accidentes propios de las sociedades industrializadas, con las infecto-contagiosas propias del subdesarrollo. Hay que añadir, además, la existencia de problemas endémicos de importancia en algunas zonas, como son la malaria, enfermedad de Chagas, esquistosomiasis, fiebre amarilla y leishmaniasis.

Prácticas sociales: salud

Ampliación servicios médicos en etapa expansionista, y conversión de salud en fuente importante de empleo.

Tendencia a la privatización de los servicios.

Énfasis curativo de la práctica médica.

En el momento de crisis actual, tendencia al asalariamiento médico, desigual acceso a los servicios, poca coherencia servicios-necesidades, y poca integración del sector.

Disminución del gasto en salud.

Políticas de recursos humanos en salud

Signatario de salud para todos en el año 2000 y APS.

Crecimiento acelerado de médicos (etapa expansionista).

A partir de 1976, impulso a la formación de técnicos, coherente con el crecimiento del sector terciario.

RHS

Producción

Incremento profesionales jóvenes, mujeres y especialización.

Indicadores

Egresados por sexo y edad.

Distribución

Inadecuada.

Indicadores

Relación médico-habitante. Ubicación.

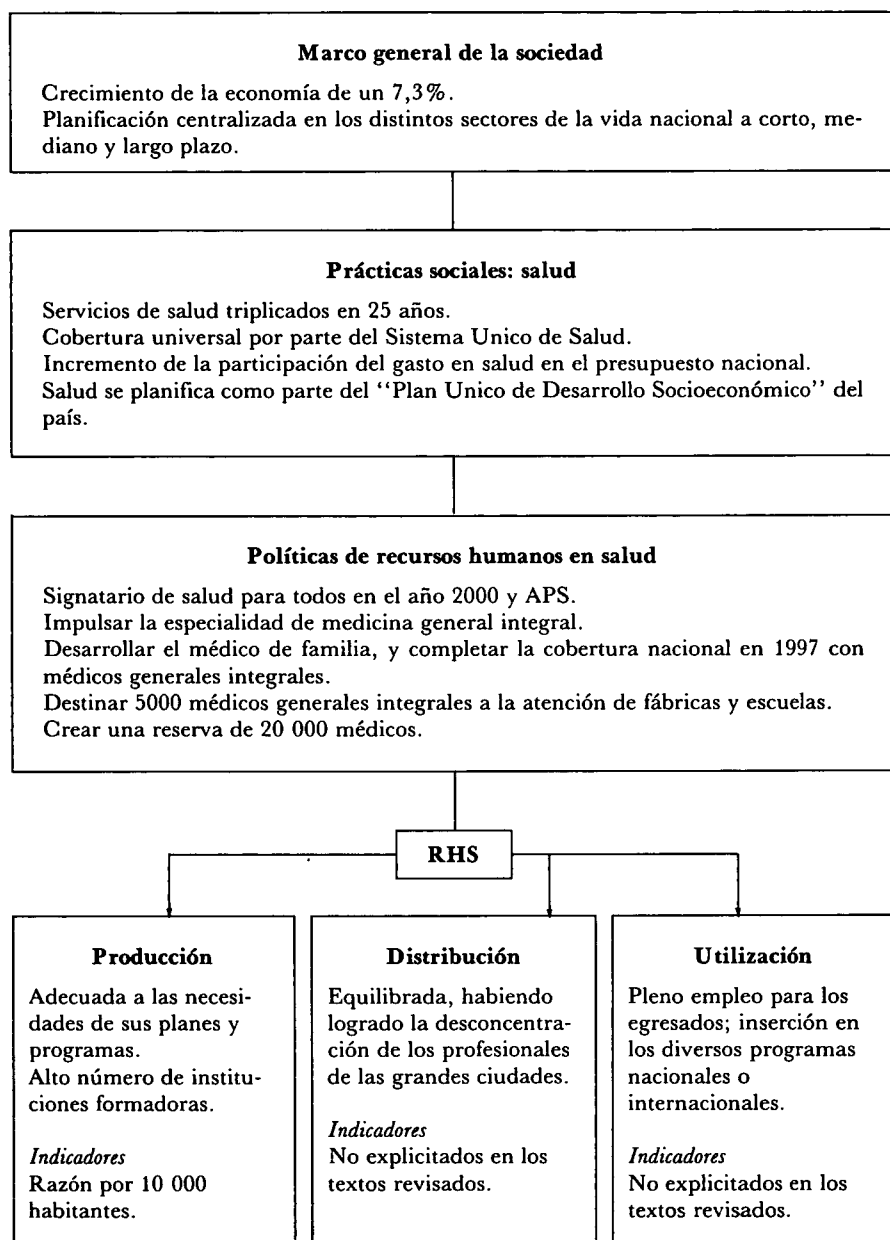
Utilización

Inadecuada

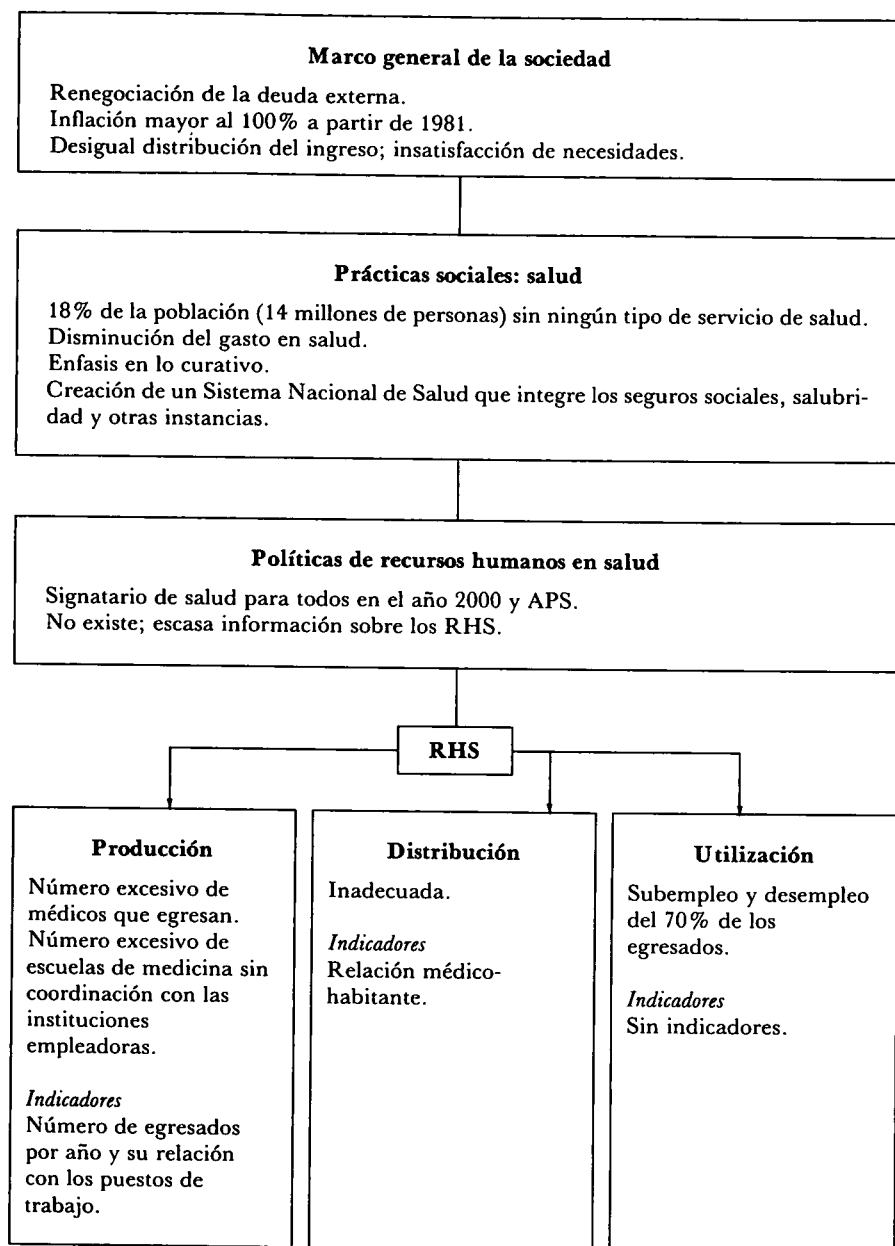
Indicadores

Número de horas dedicadas.

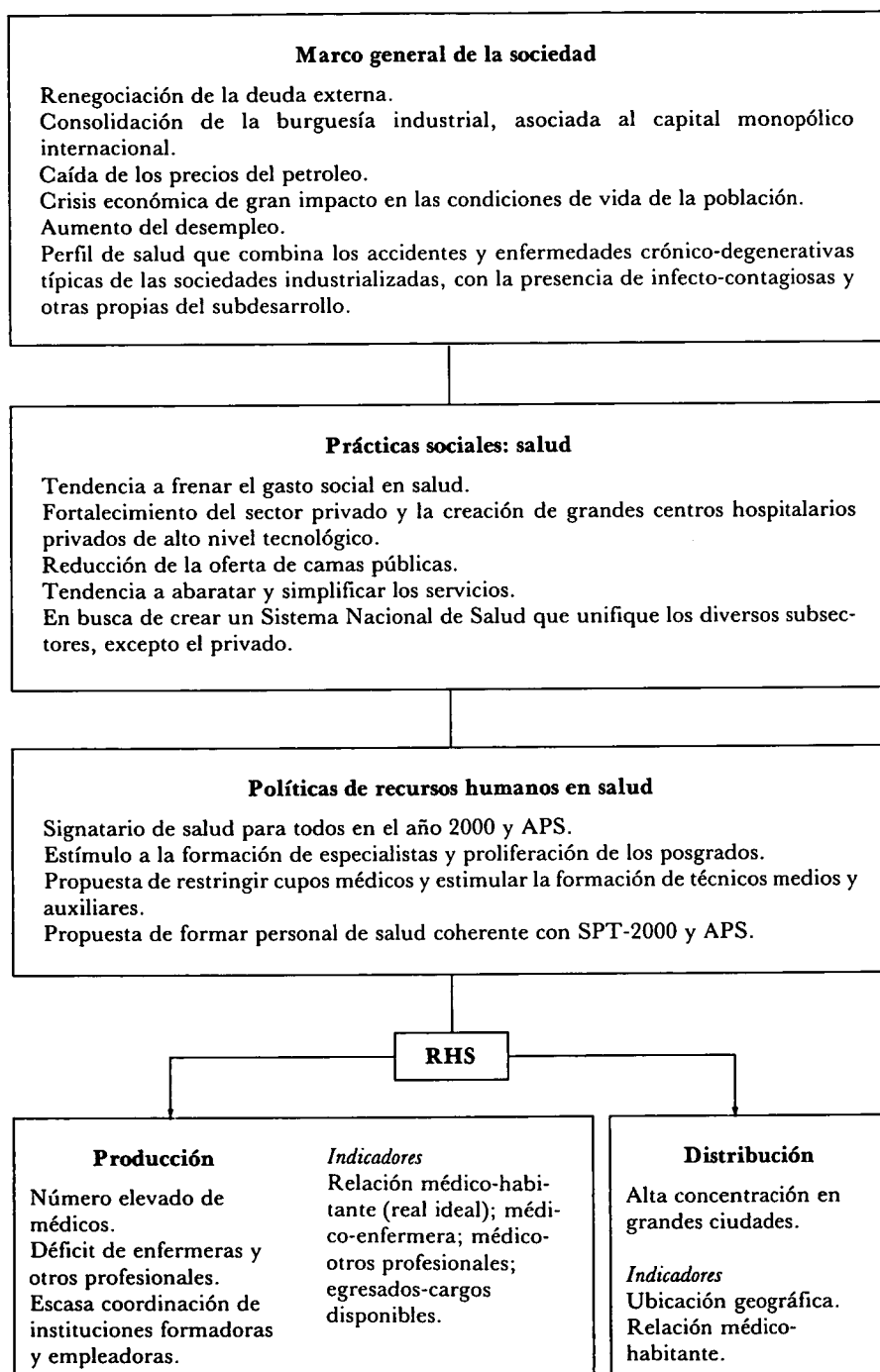
3. CUBA



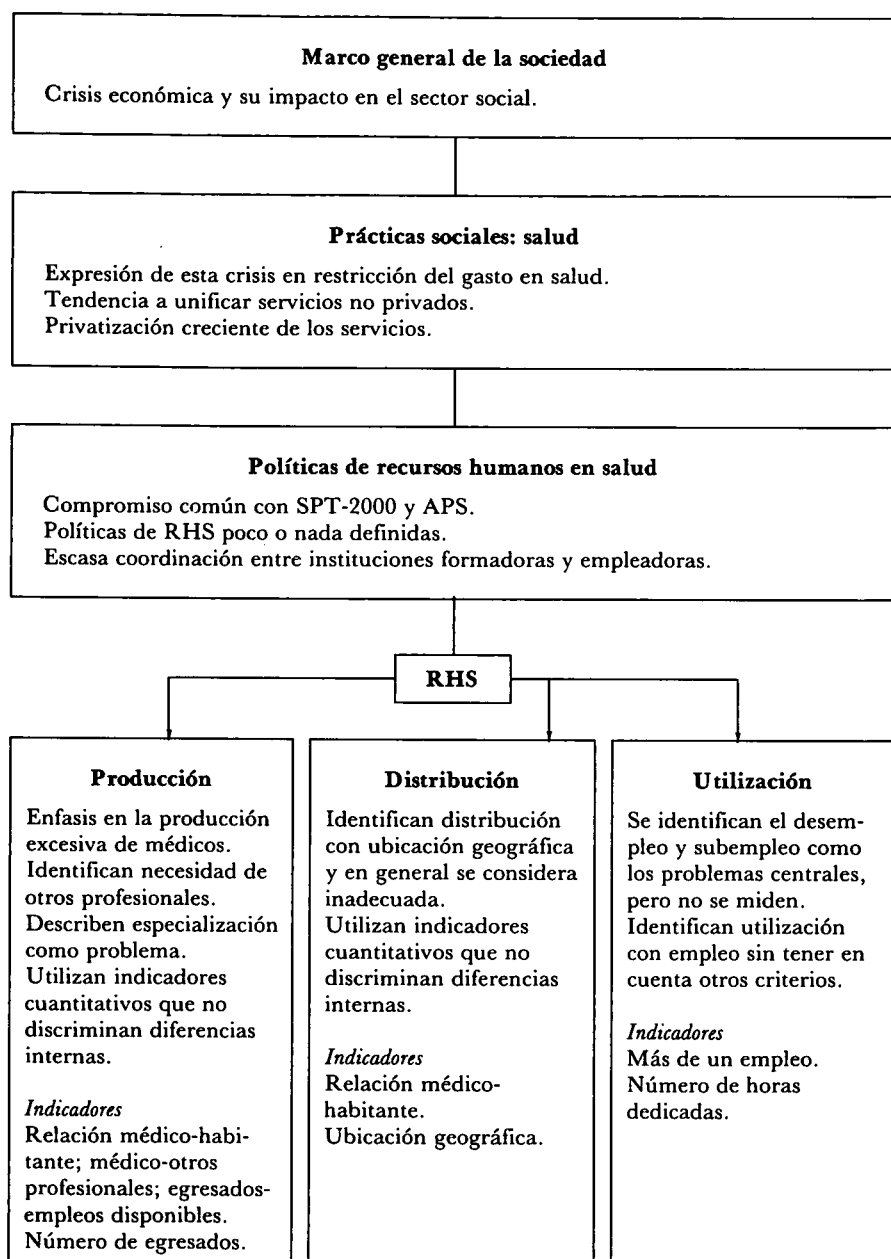
4. MEXICO



5. VENEZUELA



6. ASPECTOS COMUNES A LOS PAISES ANALIZADOS^a



^a Excluimos Cuba de este esquema porque presenta particularidades que deben considerarse por separado.

ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Los indicadores empleados por los diversos países para expresar la situación de los RHS, resultan de cierta utilidad descriptiva, como hemos indicado. Sin embargo, el uso aislado de dichos indicadores, sin considerar el contexto en el que se producen, conduce a tomar decisiones (o legitimar decisiones ya tomadas), que tienen poco o nada que ver con la realidad que los RHS deben transformar, es decir, la salud.

¿Qué miden estos indicadores?

Cuando se describe la situación de los RHS (en particular su producción), en términos del número de egresados y su relación con los empleos existentes (tal ha sido el caso de cuatro de los países), se evidencia que la capacidad de absorción es baja y se determina que el mercado de trabajo está saturado, por tanto hay que formar menos médicos. Pero, ¿cuál mercado está saturado, el de la salud de la población o el de un Estado que restringe el gasto social en salud como parte de su renegociación de la deuda externa?

Por otra parte, cuando se establece que existe una relación médico-habitante adecuada, utilizando la cifra global de médicos y la cifra global de habitantes, se parte de que toda la población es homogénea y toda tiene igual acceso a los servicios. Sin embargo, esto no resiste el más mínimo análisis dentro de los propios países al relacionarlos con las prácticas vigentes en salud o con su marco socioeconómico general donde queda evidenciado (y, en la mayoría de los casos es aceptado oficialmente), que la población no tiene iguales oportunidades de acceso a los servicios, y en algunos casos (México por ejemplo) no existe oportunidad alguna de ello para grandes grupos de la misma. Otro aspecto no considerado en este análisis global, es la proporción del total de médicos que se dedican solo o en mayor parte a la práctica privada, restringiendo aún más las posibilidades de acceso de la población en desventaja.

La *relación global médico-habitante*, en sociedades en que la población no es atendida universalmente no dice mucho respecto de necesitar o no más personal.

Respecto de la distribución de recursos, una ubicación geográfica de los mismos nos dice su dispersión (o no) por el territorio nacional, y hasta podemos pensar a partir de allí, que habiendo cubierto todas las zonas, estamos llegando adecuadamente a toda la población. Sin embargo, sabemos que dentro de las mismas zonas existen diferencias importantes (urbano-rural o marginal-no marginal, por ejemplo), en las cuales la distribución presenta algunas diferencias que deben considerarse en el análisis.

La *distribución geográfica*, sin la información sobre a quién y cómo

se distribuye, no dice nada respecto de la accesibilidad o la equidad del servicio que brinda el recurso en cuestión.

Un cuarto aspecto a destacar es que la mayor parte de los indicadores utilizados corresponden al ámbito de la producción de recursos, mientras la utilización apenas queda sujeta a consideraciones sobre subempleo y desempleo, sin tomar en cuenta a la población y su uso real del servicio. Por ejemplo: qué grupos de población son atendidos por los profesionales de salud: ¿la población como conjunto homogéneo, o los grupos priorizados dentro de las propuestas de SPT-2000 suscritas por todos los gobiernos?.

La *utilización* como indicador, sin tomar en cuenta al usuario, no nos dice nada.

Un quinto elemento que miden efectivamente estos indicadores, y queda evidenciado en la preocupación por la especialización creciente de los médicos, es la tendencia acelerada a la privatización de los servicios, estimulada y en algunos casos impulsada por los gobiernos. Como resultado:

- a) Las exigencias de la práctica privadas obligan al recién egresado a especializarse para ser cotizado mejor en ese mercado.
- b) El congelamiento de nuevos cargos por parte del gobierno central obliga al recién egresado a buscar trabajo privado, o a especializarse para percibir algunos ingresos mientras logra insertarse en el restringido mercado de trabajo.

La *especialización* como indicador evalúa, entonces, una tendencia particular de la organización de los servicios de salud.

Finalmente, cuando revisamos la situación de los diversos países, y en particular el esquema sobre aspectos comunes a ellos, es evidente que estos indicadores tradicionales son altamente coherentes con una práctica social en salud de restricción del gasto y privatización creciente dejando fuera la consideración general de la sociedad y las políticas propuestas —que prueban una vez más que son discurso y no acción.

¿Qué dejan de medir estos indicadores?

Como señalamos anteriormente, en los esquemas de análisis se puede observar que la mayor parte de los indicadores recomendados y utilizados se ubican en el aspecto de producción de los RHS, lo cual unido al hecho de que se analizan sin tener en cuenta el marco general de la sociedad en que están insertos nos permite entender por qué la información por ellos ofrecida fortalece una práctica médica tendiente cada vez más a la privatización de los servicios. Por otra parte, dicha información es estática, lo cual dificulta impulsar cambios que tiendan a transformar a mediano y largo plazo las condiciones de salud de la población. Es por ello

que se impone el análisis de estos indicadores a la luz del marco social de cada país, para comprobar sus limitaciones.

Observamos en este análisis que en ningún caso (excepto Cuba), los indicadores utilizados contrastan o combinan sus datos con la situación general de salud de la población. Tampoco contrastan esta información con la desigual distribución del ingreso, o el aumento del desempleo, o la inflación y su impacto en la salud de la población (cosa común a todos excepto Cuba). Lo que sí hacen es ratificar las prácticas sociales impuestas por el gobierno central como forma de enfrentar la crisis, es decir, justificar el freno del gasto en salud restringiendo la producción de médicos, entre otras medidas.

Esto se refleja en la planificación y la situación de salud del país, en que:

- a) No dan información en relación con los avances de los problemas respecto de sí mismos, sino respecto de metas ideales que no existen en ninguna sociedad concreta.
- b) No permiten medir procesos de cambio, sino resultados cuantitativos de programas.
- c) No permiten conocer cómo avanzan en la implantación de las metas de SPT-2000 en lo concerniente a igualdad de atención para toda la población; accesibilidad a la atención de los recursos calificados para toda la población; atención a los grupos priorizados, etc. Estos aspectos evidentemente están relacionados con la estructura general de la sociedad.
- d) No evalúan los servicios y sus limitaciones. Es decir, que la utilización del recurso no es vista en función de las horas que dedica, la forma como las cumple, ni el instrumental con que cuenta para realizar adecuadamente su trabajo, elementos claves para conocer su verdadera utilización.
- e) No nos informan sobre las condiciones de contratación, escalafón, etc. de que disfruta el personal, lo cual permitiría entender con mayor claridad el pluriempleo, la búsqueda desesperada de especialización para cotizarse mejor en el mercado, o la definitiva inserción en la práctica privada.
- f) Finalmente, es necesario destacar que la población es el recurso humano más importante para lograr salud para todos en el año 2000: su participación es fundamental para transformar las condiciones de vida y por ende la salud, y sin embargo no es considerada siquiera dentro de los indicadores en cuestión.

Dejamos el caso de Cuba para consideración al final porque contrasta significativamente con los otros países analizados. A diferencia de los demás, existe alta coherencia entre el marco general de la sociedad,

las prácticas sociales impulsadas en salud y las políticas propuestas para la formación de recursos humanos.

Aunque no se mencionan indicadores en los documentos revisados, sabemos por otros textos que la planificación normativa es la que predomina en Cuba, y los indicadores utilizados son en su mayoría tradicionales. La diferencia no está en los indicadores (que en sí mismos no son “buenos” o “malos”), sino en la sensibilidad que estos tienen para medir propuestas coherentes tanto en el discurso como en la acción, como es el caso de la sociedad cubana, o para medir propuestas poco coherentes con la acción o con la realidad, como es el caso de las demás sociedades analizadas.

El ejemplo de la relación médico-habitante ilustra con claridad esta diferencia: en el caso cubano, el Estado garantiza la atención universal e igualitaria a la población. Dentro de este esquema de servicios, es importante conocer cuántos médicos por habitantes existen, lo cual nos expresa una realidad en cuanto a accesibilidad y utilización del recurso por parte de X número de personas. En cambio, en el caso de Venezuela, por ejemplo, esa misma relación médico-habitante, donde los sectores de la población tienen acceso diferencial a los servicios (Seguro Social unos, Sanidad otros, práctica privada otros más) y la calidad del servicio varía en función de quién la brinda, resulta un indicador poco sensible para describir la verdadera relación médico-habitante del país. Esta observación adquiere más significado aún en el caso de México, donde la relación médico-habitante es de 0,9 médicos \times 1000 habitantes y, sin embargo, sabemos que oficialmente existen 14 millones de mexicanos sin acceso a ningún tipo de servicio de salud. Por tanto, ese indicador, al margen de la situación general del país, no nos dice nada. En realidad, lo importante es la situación general del país.

PROPUESTAS A CONSIDERAR

Para finalizar, quisiéramos exponer algunas consideraciones útiles al análisis de los indicadores que deben ser tomados en cuenta en el diseño de los mismos:

1. Los indicadores sociales no tienen valor en sí mismos, sino que van acompañados del análisis de la realidad que pretenden medir y transformar. Deben incluir la definición de una imagen-objetivo hacia la cual se dirigen, e ir midiendo los avances en la construcción de dicha imagen.
2. Dicha imagen-objetivo no debe establecerse en función de metas ideales que no corresponden a ninguna sociedad en particular, sino que deben responder a las necesidades de cambio de la sociedad en que se insertan.

3. Los indicadores sociales no pueden ser globales en una sociedad que no es homogénea; deben tratar de medir los aspectos correspondientes en base a grupos sociales.

4. Deben ser flexibles, para poder cambiar en cada momento histórico, en la medida en que se transformen las condiciones que les dieron origen.

5. Los indicadores de RHS en particular, para ser efectivos, no pueden prescindir de la información que corresponde a la situación de salud de la población a la que sirven; ni tampoco son útiles si informan aisladamente respecto de la producción de los RHS sin considerar su distribución y utilización por parte de la población. Ello es necesario para poder alimentar la información sobre las propuestas y la práctica social en salud, e ir adecuándola a la situación general de la sociedad en cuestión. El uso aislado de uno de estos aspectos ofrece solo información parcial y puede conducir a tomar decisiones equivocadas.

6. Respecto de la *producción* de RHS, para poder obtener información que nos permita acercarnos a las metas de SPT-2000 y la transformación de la situación de salud, debe considerarse además información sobre:

- Coherencia entre las propuestas de APS y SPT-2000 y los perfiles profesionales.
- Coherencia entre las políticas de RHS del país y los perfiles profesionales.
- Integración docente-asistencial entre las instituciones formadoras y empleadoras, en los programas prioritarios de salud.

7. Respecto de la *distribución*, deben incluirse los siguientes aspectos:

- Proporción de RHS vinculados a la práctica privada respecto de los insertos en servicios del Estado.
- Ubicación geográfica de los servicios.
- Tipo de personal contratado en cada servicio.
- Proporción de cada profesional de salud en cada servicio, respecto de la población en la zona que corresponda.
- Accesibilidad de la población a dicho servicio en términos geográficos y económicos.
- Condiciones de contratación del personal (cargo, permanencia, escalafón, etc.).

8. Finalmente, respecto de la utilización debemos considerar, además de los señalados:

- Grupos de población priorizados por los servicios.
- Número de consultas que ofrece cada profesional promedio, respecto del año anterior.
- Tiempo de dedicación de cada RHS al servicio y forma de cumplirlo.

- Dotación mínima de cada servicio que permita al profesional cumplir adecuadamente su trabajo.
- Número de instituciones a que se vincula cada RHS.
- Número y tipo de actividades que se realizan con la población.
- Responsabilidades de la población (como RHS) dentro de los programas de cada servicio.

El reto es construir indicadores que respondan a esta visión histórica e integral de la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

- Macedo, C. G. de. Discurso pronunciado ante el VII Congreso Venezolano de Salud Pública, Caracas, marzo de 1986.
- Nogueira, R. P. y Brito, P. Recursos humanos en salud de las Américas. *Educ Med Salud* 20(3), 1986.
- Organización Mundial de la Salud. *Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR*. Ginebra, 1978.
- Organización Panamericana de la Salud. *Salud Para Todos en el Año 2000: Estrategias*, Documento Oficial No. 173. Washington, DC, 1980.
- Organización Panamericana de la Salud. *La Crisis Económica en América Latina y el Caribe y sus Repercusiones en el Sector Salud*. Washington, DC, 1984.
- Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984, Volumen I*. Publicación Científica No. 500. Washington, DC, 1986.
- Organización Panamericana de la Salud. *Informe del Director, Cuadrienal 1982-1985. Anual 1985*. Documento Oficial No. 207. Washington, DC, 1986.
- Testa, M. (coord.), Díaz Polanco, J., Goldfeld, R., Vera, S. y cols.: *Estructura de Poder en el Sector Salud*, CENDES, 1984.
- XX Conferencia del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM). Recursos Humanos de Salud en Desequilibrio: Conflictos y Perspectivas. México, septiembre de 1986.
-

CHILE: INNOVACIONES EN LA ENSEÑANZA DE ODONTOLOGIA

Clara Misrachi L.¹ y Ernesto Toro B.¹

INTRODUCCION

Las universidades presentan a nivel mundial diferentes modalidades de evolución y desempeñan diversas funciones en las distintas culturas. Sin embargo, para todas ellas el común denominador es: proporcionar enseñanza para la formación profesional, realizar investigación científica para aumentar el conocimiento, y prestar servicios a la comunidad (1).

La Universidad de Chile, por tener carácter estatal, establece entre sus principios el de ser particularmente receptiva a los requerimientos del medio y, respetando su natural autonomía para fijar objetivos y políticas en áreas de su competencia, debe contemplar las acciones conducentes a complementar o a definir, en un sentido específico, las tareas y los esfuerzos que se realicen a nivel nacional para alcanzar un alto grado de desarrollo económico, social y cultural (2).

De acuerdo a estos lineamientos oficiales, las facultades del área de la salud que la integran deberían propender a mejorar la calidad de vida de la población, tanto a través de investigaciones científicas que contribuyan al desarrollo de tecnologías y métodos aptos para mejorar la salud, como de la formación de profesionales social y técnicamente capacitados para desenvolverse y resolver problemas, utilizando creativamente los recursos humanos y materiales a su alcance (3).

En lo que respecta a la odontología, a pesar de que en la Universidad de Chile se han formado más del 60 % de los odontólogos que ejercen en el país, incluso muchos de aquellos involucrados en la toma de decisiones sobre políticas de prestación de servicios, si se analizan los problemas de salud bucal de la población se observa que la gran mayoría sufre enfermedades cuya prevención y curación es posible, de acuerdo al conocimiento existente. Esto hace pensar que la falta de solución a esta problemática de la salud, se debe en gran medida a factores internos de la institu-

¹ Universidad de Chile, Facultad de Odontología. Santiago, Chile.

ción formadora, que en la práctica la apartan de sus postulados generales. La influencia de estos factores internos, que responden a una concepción de la odontología, se traduce en falta de investigaciones de modelos de atención que contemplen tecnologías apropiadas para la salud y en la orientación dada a la formación profesional, la que basada en criterios de especialistas, propende a la utilización de tecnologías complejas y de alto costo; se desarrolla desligada de la realidad socioeconómica y cultural, y promueve el individualismo. Esta concepción de la odontología tiende a perpetuar sus valores y prácticas a través del modelo de conducta profesional proporcionado por los docentes formados en el mismo contexto. Los esfuerzos realizados desde hace muchos años por grupos aislados de profesionales preocupados de dar nuevos enfoques a la enseñanza y a los servicios odontológicos, no han sido suficientes, hasta ahora, para modificar esta situación de modo significativo.

Se hace evidente entonces que, para producir innovaciones en la enseñanza de la odontología —definidas estas como “cambios de fondo que comprometen lo valorativo y no solo cambios de forma o secuencia de los contenidos curriculares” (4)— es imprescindible producir cambios de valoración en los docentes, que los lleven a mostrar actitudes y comportamientos diferentes respecto a la orientación dada al proceso de formación profesional y a la investigación en que esta debe apoyarse.

Se supone que cualquier operación innovadora se realiza con el objeto de que sea aceptada, quede instalada y alcance una forma muy similar a la que se proponía cuando fue proyectada (5). Para que este objetivo se cumpla, es necesario lograr cambios de actitudes y comportamientos en un grupo apreciable de docentes. Si no ocurriese así se corre el riesgo de que cualquier cambio que se introduzca en el currículo sea solo aparente, o bien adopte en la práctica formas muy diferentes a las propuestas.

Es por ello que se hace indispensable crear modelos que basados en el diagnóstico de la situación inicial, busquen y utilicen los medios más efectivos para inducir el cambio de actitudes y comportamientos, que lleve a los docentes a proponer, implantar y adoptar innovaciones curriculares basadas en el estudio y propuestas de solución a las necesidades de salud de la mayoría de la población.

Desde 1970 existió preocupación en la Facultad de Odontología por la formación docente de los académicos a cuyas fallas se imputaba la mayor parte de los problemas de la formación de los alumnos. A partir de ese año se realizaron algunos cursos llamados de capacitación pedagógica, los que fueron impartidos por profesores de la Facultad de Educación. Estas experiencias resultaron ineficaces debido a múltiples factores, entre los cuales cabe destacar la falta de conocimientos de los profesores que impartían los cursos acerca de la problemática de la odontología, y el énfasis puesto en el “cómo” (medios y técnicas de enseñanza), más que en las interacciones del proceso educativo en vista de sus objetivos y fines (6).

Considerando estos y otros factores, en 1976 se creó una unidad operativa basada en un modelo de cambio para la docencia, en base a un estudio diagnóstico que consideró las variables que emergieron como las más representativas de la realidad en la enseñanza de la odontología, y teniendo como meta última promover cambios curriculares que produjesen, en el largo plazo, la transformación de la práctica profesional y de la estructura de la atención odontológica (6). Esta unidad operativa, formada por un grupo de académicos capacitados en educación, provenientes de distintos Departamentos de la Facultad, debía promover la proposición y adopción de innovaciones curriculares. Estas innovaciones podrían ser de distinta magnitud y referirse tanto a los contenidos como a las metodologías de enseñanza y evaluación, y/o a las situaciones de las experiencias de aprendizaje.

Los objetivos que se propuso alcanzar la unidad operativa fueron los siguientes:

- Aumentar los conocimientos, habilidades y destrezas de los académicos para el ejercicio de la docencia.
- Contribuir a desarrollar la investigación científica, para apoyar la docencia y la búsqueda de soluciones a la problemática de la salud oral.
- Fomentar la participación de académicos y alumnos en la producción de material educativo innovador para la enseñanza.
- Realizar investigaciones en educación odontológica con la participación de docentes y alumnos.
- Proporcionar oportunidades de llevar a cabo la docencia y practicar el uso de tecnologías apropiadas para la salud, en servicios situados en la comunidad.

El presente trabajo da cuenta de las estrategias aplicadas y de los resultados obtenidos por dicha unidad, después de 10 años de experiencia.

DESCRIPCION DE LAS ESTRATEGIAS APLICADAS

El programa de perfeccionamiento docente

El primer paso de la unidad operativa se tradujo en la elaboración de un programa para capacitar a los docentes en la planificación de la enseñanza, metodologías educativas y evaluación del proceso en enseñanza-aprendizaje. Se estableció que este programa debía contemplar:

- Cursos, talleres y seminarios llevados a cabo en forma secuencial y sistematizada, que tuvieran como eje la visión global del proceso educativo y permitieran el análisis de los problemas de

formación profesional en el contexto de transformar su práctica.

- Asesorías permanentes a docentes y departamentos académicos, que sirvieran de reforzamiento a los cambios de actitudes y conductas, productos de la capacitación recibida, a través del análisis de problemas emergentes en el ejercicio de la docencia.

Una de las estrategias utilizadas para lograr mayor impacto en el programa de perfeccionamiento docente fue programar las actividades de acuerdo a las disponibilidades horarias de las distintas unidades académicas. Las primeras experiencias realizadas hicieron notar que si los docentes asistían a los cursos en forma aislada por unidad académica, al retornar a su quehacer en las mismas, la probabilidad que sus propuestas de cambio fueran aceptadas y puestas en práctica era muy baja, tendiendo a la reversión del proceso de capacitación, volviendo el sujeto a su pasividad inicial. Por ello se procuró que los docentes asistieran a los cursos en grupos, provenientes de una misma unidad académica, como forma de potenciar la capacitación a través de la discusión de problemas específicos, cuyas soluciones, al ser propuestas en los grupos de trabajo, tendrían mayor probabilidad de ser aceptadas, dado el número de proponentes. Se trató también que las unidades académicas (los departamentos o asignaturas) representadas fueran por lo menos tres, para favorecer el intercambio de experiencias interdisciplinarias.

Las asesorías, de acuerdo a lo planeado, se efectuaron en forma permanente y fueron solicitadas en su mayoría para la elaboración de instrumentos de evaluación del aprendizaje, producción de material educativo, planificación de programas de cursos y selección de métodos y medios de enseñanza.

Cursos y asesorías en metodología científica

En 1977 la unidad operativa, frente a la necesidad detectada de incrementar la investigación científica en el medio odontológico, planteó la idea de hacer que los estudiantes de pregrado realizaran un trabajo de investigación como requisito en el plan de estudios, lo que se reglamentó en 1978. En años posteriores se reglamentó también que los alumnos de programas de especialización de posgrado realizaran un trabajo de investigación, siendo necesario implementar un curso de metodología de acuerdo a este nivel.

Producción y difusión de material educativo

En 1979, a partir de la incorporación de la unidad operativa a la estructura de la Facultad de Odontología, se inició la organización de un sistema destinado a la producción y difusión de material educativo.

Se definió como mínimo indispensable para hacer funcionar el sistema de producción, contar con una sección de fotografía y una de diseño gráfico. La sección de fotografía no presentó grandes problemas porque, aunque el equipamiento existente en la Facultad era escaso, se contaba con dos fotógrafos con capacitación técnica suficiente para una primera etapa. La sección de diseño gráfico se organizó con alumnos de diversos institutos profesionales, los que acudieron a realizar sus prácticas y/o memorias en esta sección.

En 1984 se adquirió equipo básico para producir video-cassettes y se mejoró el equipo fotográfico. Paralelamente, se capacitó al personal en técnicas de video-grabación y se mejoró la instrucción en fotografía. Se habilitó también un centro de autoenseñanza destinado a mantener en préstamo permanente el material autoinstruccional producido.

La unidad operativa estimuló la participación de docentes y alumnos en la producción de diversas modalidades de material autoinstruccional, mediante la proposición, como tema de investigación de los alumnos, del estudio de la efectividad de distintos métodos de enseñanza. Para llevar a cabo estas investigaciones los alumnos y sus docentes guías, junto con integrantes de la unidad operativa, debían producir previamente los materiales educativos.

Se utilizó la elaboración de material instruccional como una estrategia para revisar y producir cambios en los contenidos y también para capacitar en la práctica a los docentes en la formulación de objetivos educativos y en la sistematización de los pasos para su logro.

Se estableció un sistema de préstamo para que los materiales producidos pudieran ser utilizados localmente y en charlas y cursos que se dictaron en diversas regiones del país y en el extranjero. Además, se puso en práctica un sistema de difusión de los materiales, tanto a nivel nacional como internacional. Para ello se elaboró un catálogo que se hizo llegar a numerosas instituciones.

Investigación en educación odontológica

La unidad operativa se propuso realizar investigaciones evaluativas que retroalimentaran las distintas estrategias que guiaban su acción. De esta manera, los servicios prestados responderían a necesidades reales, con lo cual se aumentaba la probabilidad de conseguir los cambios propuestos.

Desarrollo de modelos de atención para la salud oral, mediante la integración docente-asistencial

A fines de 1986 la unidad operativa inició el desarrollo de un modelo de atención primaria en salud oral para escolares. A través de la

obtención de recursos extranjeros y con equipo en desuso se instalaron clínicas dentales y áreas de educación, en un servicio de salud situado en un sector urbano de bajos recursos económicos. Las clínicas fueron diseñadas para entrega de servicios utilizando tecnologías apropiadas.

Este modelo contempla tres programas: acciones clínicas, educativo y de protección específica. Las actividades se realizan con la participación de académicos y alumnos de la Facultad de Odontología, dentistas del servicio de salud, personal auxiliar especialmente capacitado, profesores y padres. El proyecto se puso en marcha en marzo de 1987.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Capacitación pedagógica

En el estudio realizado sobre el impacto del programa de perfeccionamiento docente en el período 1976-1983 (7), se observó que el 71% de los docentes tenían alguna capacitación formal. De estos, el 88% la había obtenido de la unidad operativa. En promedio, el número de cursos tomados por los docentes participantes en el programa fue de 2,4. Se concluye que el interés por participar en el programa es homogéneo en todas las categorías académicas. Esto favorece el impacto del programa de capacitación, ya que es más probable que las innovaciones introducidas sean perdurables si se involucra en su gestación a los grupos directivos. Por otra parte, el interés de estos académicos garantiza en gran medida que ellos guiarán a los docentes a su cargo hacia la incorporación de innovaciones en el proceso de enseñanza-aprendizaje. En el trabajo mencionado también se demuestra que los docentes que asistieron al programa tienen mayor participación en los niveles más complejos de planificación de la docencia y participan con una frecuencia mayor en mejorar los procedimientos de evaluación.

El interés por capacitarse en el campo de la educación, que involucra a los docentes directivos, dio como resultado que se incorporaran los cursos de capacitación para la docencia como requisito de ascenso a los diferentes niveles de la carrera académica. Esto indica un cambio en la valoración de la actividad docente, considerándola tan importante como la actividad científica en el desarrollo académico.

Como producto de dos seminarios sobre planificación curricular en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, se obtuvo la definición general del perfil profesional del odontólogo y la determinación de las acciones que deben ser enseñadas en el pre y en el posgrado. En base a los análisis efectuados durante esos seminarios, posteriormente se creó la clínica integral para la atención del adulto. En este curso clínico, el

alumno del último año de la carrera diagnóstica y trata pacientes en forma integral.

Asesorías

El servicio continuado de asesorías hizo que un académico que al mismo tiempo es funcionario del Sistema Nacional de Servicios de Salud recurriera a la unidad operativa para elaborar un programa de capacitación para auxiliares dentales. La unidad participó en la elaboración del programa piloto de capacitación de auxiliares dentales en prevención primaria, que es el primero de esta naturaleza realizado en el país. Esto puede, en el largo plazo, influenciar la delegación de las acciones educativas que actualmente efectúan los odontólogos.

Además de las actividades realizadas para capacitación de los docentes, al surgir otras necesidades y con el objeto de hacer participar en la gestación de los cambios a otros grupos involucrados en el proceso de enseñanza, se organizaron actividades para alumnos de pregrado, personal técnico de la unidad operativa y auxiliares dentales de la Facultad. A estos últimos se les capacitó para el autocuidado de la salud oral, siendo esta la primera actividad de tal naturaleza realizada en la Escuela Dental para esos destinatarios.

A los alumnos de pregrado se les impartió un curso sobre relación paciente-profesional y cursos sobre arte fotográfico, con el objeto de apoyar las actividades culturales del Centro de Alumnos.

Al personal técnico y de la unidad operativa se le impartió cursos sobre televisión educativa y computación aplicada al diseño de imágenes.

Investigación científica

Como se observa en el cuadro 1, la mayoría de los cursos se realizaron para alumnos de pregrado. Estos cursos se llevaron a cabo semestralmente y apuntaron esencialmente a lograr la adquisición de habili-

CUADRO 1. Distribución de cursos según destinatarios (1978-1986).

Destinatarios	Metodología científica		Bioestadística	
	Cursos	Alumnos	Cursos	Alumnos
Docentes	15	160	3	26
Alumnos de pregrado	22	1230		
Alumnos de posgrado	9	68		
Total	46	1458	3	26

dades que permitirían el análisis crítico de la literatura científica y la presentación y defensa de un proyecto de investigación.

A partir de la inclusión del trabajo de investigación en el plan de estudios de pregrado (1978), se realizan en promedio, anualmente, 90 trabajos de investigación de este tipo. Como resultado de esta innovación curricular, que incluye los cursos y asesorías en metodología científica, se observa aumento en número y calidad de los trabajos publicados por docentes y alumnos.

Producción de material educativo

Se utilizó la elaboración de materiales como una estrategia para producir innovaciones en los contenidos. Varios de estos fueron propuestos por la unidad operativa basados en necesidades detectadas. Entre ellos destaca el dedicado al examen integral del niño (8), que desarrolló con fines didácticos un modelo de ficha clínica que posteriormente dio origen a la ficha que hoy se utiliza rutinariamente en la asignatura de ortopedia dentomaxilar. Destaca igualmente el texto sobre suturas (9), destinado a la autoinstrucción en este tema, el que va acompañado de un simulador del maxilar superior producido a bajo costo, que permite el aprendizaje práctico en condiciones que semejan las dificultades reales de visión y espacio.

Hasta 1982 se produjeron solo materiales audiovisuales; a partir de esa fecha y debido a numerosas necesidades identificadas, se comenzó a elaborar material escrito, especialmente autoinstruccional. El cuadro 2 muestra el tipo y cantidad de material producido. La calidad y aceptación de los materiales ha quedado demostrada por la adquisición que de ellos hacen otras instituciones tanto nacionales como extranjeras (cuadro 3). Este factor hizo que los docentes se interesaran cada vez más en participar en su producción, cuya utilización produce innovaciones de alguna magnitud en el proceso de enseñanza.

CUADRO 2. Material instruccional producido (1979-1986).

Tipo de material	Cantidad
Diaporamas	33
Textos	2
Textos autoinstruccionales	5
Texto autoinstruccional y simulador	1
Texto autoinstruccional y diapositivas	2
Librillos para autocuidado	3
Video-cassettes	5
Total	51

CUADRO 3. Número de instituciones y particulares que adquirieron material instruccional (1983-1986).

Instituciones y particulares	1983	1984	1985	1986	TOTAL
En el país	39	119	434	119	711
En el extranjero	6	33	23	27	89
Total	45	152	457	146	800

Un producto adicional en el desarrollo de esta estrategia se obtuvo con la participación de alumnos de carreras de diseño gráfico en la producción de materiales. Ellos fueron capacitados para la creación de imágenes destinadas a la educación en la salud oral y para el dibujo anatómico. Se les amplió así su campo ocupacional, al mismo tiempo que se proporcionó a la odontología un recurso humano indispensable para lograr una comunicación efectiva a través de las imágenes.

Investigación en educación odontológica

Se llevaron a cabo un total de nueve investigaciones, ocho de las cuales dieron origen a publicaciones. Cinco de ellas versaron sobre las ventajas de metodologías educativas no convencionales.

Las investigaciones sobre evaluación curricular (10,11) aportaron valiosos datos sobre el logro de los objetivos clínicos planteados para el pregrado, las demandas del ejercicio profesional y las áreas de mayor interés en educación continuada de los profesionales. Estos datos han sido utilizados como documento base de discusión en un seminario de análisis curricular efectuado en enero de 1987.

En todas estas investigaciones se logró la participación de alumnos y docentes.

Uso de tecnologías apropiadas en docencia en servicios

El inicio reciente de esta actividad (marzo de 1987) hace que los resultados que se pueden mostrar sean aún preliminares. Entre ellos vale mencionar:

Alumnos capacitados en:

- Práctica de odontología a seis manos, inexistente hasta ahora en la Facultad.
- Práctica en la administración de personal auxiliar.
- Manejo de fichas clínicas simplificadas.

- Utilización del Sistema Internacional de Numeración Dentaria.
- Interacción con la comunidad.

Docentes perfeccionados en:

- Uso de tecnologías apropiadas en la entrega de servicios.
- Metodología de la investigación aplicada.
- Docencia en servicio.
- Interacción con comunidades de escasos recursos.
- Capacitación de personal auxiliar.
- Capacitación de maestros.

Desarrollo de investigaciones:

- Epidemiológicas.
- Creencias, valores y prácticas de la población respecto a la salud bucal.
- Sistemas de atención.
- Programas de protección específica.

CONCLUSIONES

Los resultados alcanzados muestran que las estrategias implementadas fueron definidas sobre bases realistas y que un período de 10 años permite instalar y operar una unidad operativa —concentrándose en los recursos y el apoyo institucional necesario— que alcanza a introducir innovaciones y a conseguir cambios valorativos favorables a la educación odontológica.

La estrategia general de cambio planificado probó ser válida en este caso. Fue posible pasar del ofrecimiento de cursos de tipo general y abiertos indiscriminadamente y sin tener en consideración la problemática de la enseñanza y del aprendizaje de la odontología, a un programa piloto de formación en servicio, distinto al modelo curricular tradicional predominante en la Facultad.

Explican este cambio diferentes factores. En primer lugar, el ofrecer actividades luego de estudiar las necesidades de docentes y alumnos favorece el acercamiento de unos y otros a la instancia innovadora. En segundo, el difundir los resultados alcanzados en estas actividades, sea por el canal formal o informal dentro de la Facultad y sus estamentos, sirve tanto como mecanismo de recompensa para el que innova, como de atracción para otros docentes y alumnos deseosos de mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

También, el contar con un cierto nivel de autonomía permite a la unidad operativa adquirir una identidad propia, crecer y desarrollarse dentro de esa identidad, diversificando progresivamente su quehacer, para cubrir las distintas demandas reconocidas en cada uno de los campos estratégicos identificados por ella y para cubrir también de modo progresivo toda la gama de objetivos definidos para guiar su acción.

El hecho de que más y más docentes se fueran involucrando en tareas innovadoras es un signo de cambio en su valoración y en sus actitudes con respecto a concepciones y prácticas distintas a las vigentes.

Los productos que resultaron de estas tareas siguen empleándose, lo que es un signo de que fueron diseñados y producidos para atender necesidades reales de uso.

Pese a los logros alcanzados, existe conciencia en los autores que en el período descrito no se obtuvo un cambio valórico en un número significativo de docentes. Esto se explica por la inexistencia de campos experimentales de trabajo que permitieran visualizar y ensayar nuevos enfoques en la problemática de salud.

La estrategia puesta en marcha más recientemente (marzo de 1987), que implica la mayor innovación introducida por esta experiencia, siendo fruto de su propio desarrollo permitirá contar con estos campos y eventualmente lograr un cambio más profundo en la formación del odontólogo.

REFERENCIAS

- 1 Función de las universidades en las estrategias de salud para todos. Contribución al desarrollo humano y a la justicia social. Documento de base para las Discusiones Técnicas, 37ª Asamblea Mundial de la Salud, 1984. *Educ Med Salud* 19(1), 1985.
- 2 Estatuto Orgánico de la Universidad de Chile. Decreto con Fuerza de Ley N° 154. Santiago, Chile, 1981.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. *Principios básicos para el desarrollo de la educación médica en América Latina y El Caribe*. Publicación Científica 341. Washington DC, 1977.
- 4 Gillespie, G. M. y Beltrán, R. Tendencias innovadoras en odontología: antecedentes, bases y perspectivas. *Educ Med Salud* 12(4), 1978.
- 5 Huberman, A. M. Cómo se realizan los cambios en educación: una contribución al estudio de la innovación. Experiencias e innovaciones en educación, N° 4. UNESCO, París, 1973.
- 6 Misrachi, C. Diseño y aplicación de un modelo de cambio planificado para la docencia universitaria. Proyecto multinacional de capacitación para profesores de América Latina y el Caribe, OEA (Caracas). *Rev. Curriculum* 4(78), 1979.
- 7 Misrachi, C., Miranda, H., Rodríguez, C. y Toro, E. Impacto del programa de perfeccionamiento docente de la Oficina de Educación Odontológica, Universidad de Chile. *Rev Fac Odont Univ de Chile* 3(2), 1985.

- 8 Cauvi, D. y Misrachi, C. *Examen integral del niño para el odontólogo general*. Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, Santiago, 1985.
 - 9 Misrachi, C. y Ballesteros, I. *Suturas*. Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, 1985.
 - 10 Misrachi, C. y López, N. Método para la evaluación de un curriculum de odontología en el largo plazo. *Rev. Odontología Chilena* 34(2), 1986.
 - 11 López, N. y Misrachi, C. Evaluación del producto del curriculum de formación de odontólogos a través de las promociones 1978-1983. *Rev. Odontología Chilena* 35(1), 1987.
-

ARGENTINA: TRANSFORMACION CURRICULAR

Amanda Galli¹

INTRODUCCION

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, URSS) estableció que “uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial . . . debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” . . . (y recomendó) “que el personal de salud, especialmente los médicos y las enfermeras, reciba una formación social y técnica y esté motivado para servir a la comunidad; que todas las actividades de capacitación comprendan trabajos prácticos sobre el terreno; que se exhorte a los médicos y a otras categorías de profesionales de la salud a que, al comenzar sus carreras, trabajen en zonas desatendidas; y que presten la debida atención a la enseñanza permanente, a la supervisión de apoyo, a la preparación de los profesores de personal de salud y al adiestramiento sanitario del personal de otros sectores” (1).

Sin embargo hoy, a fines de 1980, se puede afirmar que todavía no se ha logrado el profundo cambio curricular que implican esas recomendaciones.

Se plantean a continuación algunas consideraciones sobre las condiciones y obstáculos que se encuentran en las instituciones educativas para llevar a cabo la tarea de formar profesionales motivados para servir a la comunidad.

CURRICULO MANIFIESTO Y CURRICULO OCULTO

La voz latina *curriculum*, que etimológicamente significa carrera o lugar donde se corre, se ha incorporado a la terminología propia de la

¹ Asesora Pedagógica en el Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y en el Centro de Educación Permanente de la Sociedad Argentina de Cardiología. Miembro del Grupo de Trabajo en Recursos Humanos de la Representación de la OPS/OMS en la Argentina.

educación, y tradicionalmente se la identificaba con un plan de estudios. José Puchi Ferrer (2) menciona las siguientes definiciones:

Saylor y Alexander: "Todas las oportunidades de aprendizaje provistas por la escuela . . . para lograr los resultados deseados en situaciones escolares y extraescolares" (3).

Doll: "Suma de experiencias vividas por el educando bajo los auspicios y dirección de la escuela" (4).

Andrade, Muñoz Lagos y Arellano: ". . . conjunto de: las actividades formales de aprendizaje que la escuela impone y/o pone a la disposición de sus alumnos en función de determinados objetivos; las influencias que la estructura de tales actividades y de la institución en general ejercen sobre el alumno y que contribuyen a modelar su comportamiento futuro, y los medios formales e informales que la escuela utiliza para medir el efecto que los factores precedentes ejercen sobre el alumno" (5).

Se puede afirmar entonces que actualmente se llama *currículum*, o currículo, al conjunto de experiencias que un alumno vive en el marco de la escuela. Es decir, que la escuela ofrece una serie de situaciones, estímulos y modelos que generan en cada alumno experiencias particulares.

Existen dos tipos de currículo: el formal, manifiesto y previsto, que dispone exponer a los alumnos a determinadas experiencias, y prevé clases, trabajos prácticos y exámenes; y el informal u oculto, que es el conjunto de experiencias y estímulos que recibe el estudiante sin que hayan sido previstos ni planificados.

El currículo informal no figura en ningún plan de estudios. Se vincula sobre todo con el desarrollo de actitudes, valores e ideologías. Consiste en la transmisión de una cultura particular a través de procesos de identificación y no implica cursos ni exámenes. Constituyen modelos de identificación aquellos comportamientos personales reconocidos socialmente. En este caso, el reconocimiento social significativo es el que se da entre los médicos, grupo social al cual el alumno desea incorporarse. Por este proceso de socialización el alumno incorpora, como propias, las pautas de comportamiento y los valores dominantes en el grupo médico. Llegará así a pertenecer a dicho sector social. Es un proceso casi imperceptible, concomitante al aprendizaje formal. El alumno incorpora la cultura médica, identifica los atributos que logran prestigio social y adquiere una escala de valores.

Así, por ejemplo, en el hospital, viendo y escuchando a sus profesores, fuera de las actividades formales, advierte que ser especialista tiene más prestigio que no serlo y que determinadas especialidades gozan, entre los médicos y en la población en general de mayor reconocimiento que otras. Aprende también muchos otros valores y/o criterios: que la "buena medicina" es la que se hace en la sala, con pacientes hospitaliza-

dos; que la atención de pacientes ambulatorios no es gratificante y que los consultorios externos se identifican como la "Siberia" del hospital; que la tarea más importante del médico es hacer el diagnóstico y que la solución del problema del paciente escapa en cierta medida a su responsabilidad, dado que intervienen muchos factores, incluso la "falta de colaboración" del enfermo; que los pacientes crónicos son "aburridos" y que la tarea médica es esencialmente el manejo de las situaciones agudas.

Resulta interesante observar que esta manera de caracterizar y valorizar el trabajo médico también se hace patente en las escuelas de medicina en la selección, por concurso, de los profesores. Habitualmente, en la evaluación de los antecedentes se adjudica mayor reconocimiento o puntaje a los cursos de especialización, a la práctica profesional en un servicio hospitalario de alta complejidad y a las investigaciones clínicas, que al trabajo en centros periféricos y a las investigaciones socioepidemiológicas.

El estudiante de medicina, mientras aprende Semiología y Clínica en su contacto con enfermos hospitalizados, también aprende mucho de relaciones sociales. Advierte que la relación entre el médico y el enfermo y sus familiares es una relación asimétrica: el paciente, en función de su necesidad de ayuda, se "entrega" al médico y este, poseedor del conocimiento, toma las decisiones, indica y prescribe. Una relación asimétrica se caracteriza justamente por este rasgo: uno de los términos de la relación se somete al otro. Una relación simétrica es aquella en la que ambos términos se influyen mutuamente y son interdependientes (6).

Con frecuencia los estudiantes de medicina incorporan este modelo de relación social y lo repiten o transfieren a la relación con otras personas que integran el equipo de salud.

Viendo y escuchando a sus profesores el estudiante aprende acerca de las condiciones de trabajo médico. Sabe que el modelo de práctica profesional deseado es el liberal, caracterizado por la regulación de los honorarios por el profesional mismo; que la categoría de trabajador asalariado en relación de dependencia institucional es desvalorizada pero que, inevitablemente, las condiciones de organización del sistema de salud conducen hacia esa modalidad. Así, los jóvenes se gradúan añorando un modelo de práctica en extinción. Trabajar en la seguridad social es vivido como una desgracia inevitable, e igualmente inevitable será la mala calidad de las prestaciones médicas en dicho contexto. Generalmente se asocia la calidad de la atención médica con la práctica liberal.

Henry Sigerist decía en 1933, en la Academia de Medicina de Nueva York: "El modelo ideal médico varía considerablemente, en los diferentes períodos de la historia, de acuerdo con la estructura de la sociedad en cada época y su concepción general del mundo. . . El médico del siglo XIX era miembro de una profesión liberal altamente respetada.

Se tenía en alta estima la educación académica y se premiaba a sus poseedores con grandes privilegios sociales. . . El mundo ha cambiado y la profesión médica está atravesando ahora por una de sus mayores revoluciones de la historia. No es una revolución de la medicina sino de los servicios médicos. . . La sociedad se siente más y más responsable del bienestar de todos sus miembros. . . Puede o no gustarnos esta evolución pero no podemos contrariarla. . . la posición del médico en la sociedad no es jamás determinada por el médico mismo, sino por la sociedad que sirve" (7).

Ferreira, cincuenta años después afirma: "En cuanto a la evolución de la práctica de la medicina se observan ya importantes cambios que tenderán a hacerse más evidentes en un futuro mediano y entrañan una profunda transformación del papel social del médico y de sus condiciones de trabajo. El número de profesionales que trabajan en consultorios propios está en declive mientras que aumenta la cantidad de los que perciben sueldo, como empleados de empresas particulares o funcionarios de los servicios del gobierno" (8).

Con el propósito de reorientar la educación médica se incorporó en el currículo formal una asignatura más: Medicina Preventiva y Social. Pero después de varios años se comprueba que no se lograron los cambios deseados. Probablemente porque se trató de un conocimiento teórico sin ninguna correlación con la práctica médica. Los alumnos perciben una confrontación entre "culturas" diferentes.

Todavía en la mayoría de las escuelas de medicina los modelos de práctica profesional vinculados a la salud colectiva, a la solución de los problemas concretos de la enfermedad —más que a la develación de los misterios biomédicos— resulta una propuesta foránea para el grupo médico que comparte una concepción tradicional y con quienes los estudiantes interactúan la mayor parte de su tiempo en el transcurso del currículo médico.

Por todo lo expuesto, cambiar el currículo en el sentido señalado en Alma-Ata no es simplemente un plan de estudios con más o menos horas para Ciencias Sociales o para Salud Integral, a expensas de Radiología o Neurología. Tampoco se logra con nuevos métodos de enseñanza, sino que es un proceso de transformación del medio en el que se ubica al estudiante. ¿Es el hospital y su particular cultura el ámbito más adecuado para el crecimiento y desarrollo del futuro médico general que debe cuidar la salud de la comunidad?

Un verdadero cambio curricular se producirá cuando se establezca una relación coherente entre el perfil del graduado y los servicios en los que ubicamos a los estudiantes para sus prácticas. La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires ha definido el perfil del graduado en los siguientes términos (9):

- Esté sensibilizado y dispuesto al bien común.
- Enfoque en forma integral al ser humano al que asiste considerando sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- Sea capaz de asistir al hombre sano revalorizando su acción en lo que respecta a la medicina preventiva y primaria.
- Participe activamente en la acción educadora de la sociedad a cuyos integrantes debe concientizar sobre sus responsabilidades y deberes en el cuidado de su propia salud.
- Se encuentre entrenado en el ejercicio de su actividad dentro de un equipo de profesionales de la salud así como para integrar equipos interdisciplinarios en su acción de cuidado de la salud comunitaria.
- Esté capacitado para el manejo de situaciones asistenciales comunes o reversibles y para realizar interconsultas ante situaciones complejas o de alto riesgo.
- Desarrolle una actitud positiva permanente para la incorporación sistemática de nuevos conocimientos científicos y técnicos.
- Posea la capacidad de resolver problemas prácticos en las especialidades fundamentales de las ciencias médicas.
- Esté capacitado en el manejo de la metodología científica y desarrolle una actitud positiva hacia la investigación básica y clínica.

Para desarrollar las actitudes y valores mencionados resulta ineludible brindar a los estudiantes experiencias pertinentes; habrá que “sumergir” a los estudiantes en instituciones y grupos humanos que se adhieran a dichas prácticas. Se necesitan nuevos servicios de salud para formar nuevos profesionales.

Opina Ferreira que “el proceso educativo en sí no ha logrado producir, a través de la formación profesional, una transformación de las prácticas de salud y especialmente de la atención médica. Por el contrario, se ha observado una influencia a la inversa: la estructura de la práctica médica representa el factor hegemónico que ha determinado, en cada contexto, el patrón que reproduce la educación médica” . . . “que los reajustes que sean necesarios en el proceso de educación médica puedan ser previstos y puestos en práctica en forma paralela con la implantación de los cambios en la práctica médica” (10).

La implementación del nuevo plan de estudios en la Universidad de Buenos Aires, constituye un ejemplo práctico de las afirmaciones de Ferreira. En el currículo formal de 1986 se establece la enseñanza integrada de las especialidades que anteriormente constituían asignaturas independientes. Se propone enseñar Dermatología, Infecciosas, Neurología, Tisiopneumología y Nutrición en forma integrada con Medicina

Interna como Medicina II.² Al programar las actividades de enseñanza-aprendizaje en el ámbito hospitalario al que concurren los estudiantes para cursar el ciclo clínico de la carrera³, resulta prácticamente imposible superar el hecho de que la práctica en dichos hospitales es la atención del paciente en servicios por especialidades. Los profesionales que enseñan a los alumnos son especialistas y cumplen tareas en servicios especializados. La enseñanza de la medicina integral se convierte en una formulación teórica; lo que los alumnos viven cotidianamente es la segmentación de la atención médica. Esta realidad plantea la necesidad de pensar otros espacios para la formación del médico general, en su etapa de pregrado. El currículo deberá contemplar, de modo coherente y articulado, la formación de pre y posgrado en estrecha relación con la transformación de los servicios. Cuando la atención ambulatoria en los centros de salud logre la calidad médica que la población se merece, se encontrarán los recursos humanos —los modelos de identificación— adecuados para la formación del médico general.

En síntesis, los cambios curriculares que solo modifican la carga horaria de las asignaturas tradicionales y/o incorporan contenidos de ciencias sociales como una asignatura más, no logran transformar el perfil profesional del graduado en el sentido que reclama la estrategia de la APS.

Las facultades de medicina y los servicios de salud deben trabajar en forma conjunta en la búsqueda de la integración docente-asistencial, teniendo presente que los estudiantes aprenden y reproducen la práctica profesional de sus docentes.

PROCESO DE APRENDIZAJE Y ENSEÑANZA

En el proceso de diseño curricular se define el perfil del graduado en función del modelo del producto deseado. En general, dicho perfil expresa valores compartidos, al menos en teoría, y no hay discrepancias. Cuando se avanza en las definiciones y se toman decisiones acerca de qué y cómo enseñar, suelen plantearse desacuerdos. ¿Quién toma estas decisiones y en base a cuál información?

Lo tradicional es que la decisión acerca de lo que debe saber un médico es cuestión de los investigadores que tienen el mayor conocimiento de la materia. La sumatoria de estas decisiones aisladas constituye el plan de estudios tradicional de las escuelas de medicina. Este procedimiento se apoya en los siguientes supuestos:

² Medicina I es Semiología y Medicina III Clínica Quirúrgica.

³ La Facultad de Medicina trabaja asociada con 43 hospitales.

- La libertad académica del profesor universitario es absoluta.
- El conocimiento tiene un valor en sí mismo y permite llegar a la verdad.
- El aprendizaje es un proceso de acumulación de información y las facultades mentales —percepción, memoria, atención— se desarrollan con el ejercicio de ciertas disciplinas.

En relación al concepto de libertad académica, hoy se la relativiza, ya que existe consenso que debe ejercerse en el marco de objetivos generales compartidos. El plan de estudios y los contenidos de los programas deben ser producto de una tarea colaborativa; de responsabilidad compartida, dentro del marco de la comprensión de que la formación de recursos humanos es un componente del desarrollo de los servicios de salud. De modo que la decisión de qué enseñar ya no depende solo del buen saber y entender del profesor, sino que este debe seleccionar y organizar los contenidos de la enseñanza en función de las actividades profesionales que tiene que desarrollar el graduado en los distintos niveles de la red de servicios.

La actitud enciclopedista, que expresa una concepción del conocimiento como un fin en sí mismo y que atribuye mayor reconocimiento al que acumula más información, ha sido reemplazada en la sociedad actual por una actitud más pragmática que considera el conocimiento como una herramienta para la solución de los problemas; se valora el conocimiento científico en tanto que posibilita la transformación de la realidad. Adoptar este criterio en la elaboración de los programas de enseñanza demanda una estrecha vinculación con las políticas nacionales de salud y con el correspondiente desarrollo de los servicios.

En los planes de estudios actuales subyace todavía la teoría de las facultades, o psicología de la disciplina mental, tendencia precientífica que postula la ejercitación de la mente como necesaria para la formación del sujeto (11).

De acuerdo con esta teoría, la práctica de ciertas disciplinas estimula y desarrolla una función. Por ejemplo, el ser capaz de resolver ecuaciones desarrolla el pensamiento lógico; memorizar cualquier cosa, una poesía o una serie de números, desarrolla la memoria. Pero lo cierto es que una persona no organiza mejor su trabajo después de tomar un curso formal de lógica o de matemáticas. Recitar las tablas de multiplicar puede ser un desafío para la mente, pero otra cosa es resolver una situación concreta en la que debo utilizar esa operación, por ejemplo, calcular la dosis de un medicamento de acuerdo con el grado de deshidratación del paciente.

La motivación desempeña un papel fundamental en el aprendizaje. Cuando una persona desarrolla un estado de tensión a raíz de necesidades no satisfechas, se dice que se siente motivada (12). Enfrentar pro-

blemas, intentar solucionarlos, buscar la información pertinente y obtener satisfacción personal al resolver el problema parecen ser los mecanismos que generan un aprendizaje duradero. Advertir el por qué y el para qué del esfuerzo que requiere el aprendizaje, lo garantiza. Es más importante que el profesor acompañe al alumno en su aprendizaje a que se concentre excesivamente en el asunto que va a enseñar. La enseñanza debe ser considerada como el producto resultante de una relación personal en la que el profesor facilita el aprendizaje del alumno.

En esencia, el aprendizaje se produce según las experiencias personales del sujeto. La expresión "experiencia de aprendizaje" no se identifica con el contenido del curso ni con las actividades que desarrolla el profesor, sino que se refiere a la interacción entre el sujeto y las condiciones externas del medio ante las cuales reacciona. El desafío para el educador es crear situaciones estimulantes que promuevan el pensamiento. Tyler (13) advierte que el término "pensamiento" tiene distintas connotaciones pero, en general, representa la asociación de dos o más ideas. En el pensamiento lógico intervienen como factores preponderantes las hipótesis, las premisas y las conclusiones. Cuando los alumnos enfrentan problemas existe la posibilidad de que ensayen distintos tipos de pensamiento.

Hay aprendizajes que se logran por la incorporación de conocimientos; otros por cómo y dónde se aprende. En general, los objetivos más valorados, los que se identifican como "formación" (actitudes, compromiso, responsabilidad) se desarrollan por identificación con modelos sociales y por experiencia práctica. Se adquiere responsabilidad si se tienen oportunidades de trabajar en forma independiente; si se busca el conocimiento en vez de aceptarlo pasivamente; si se puede integrar un grupo de trabajo y compartir y confrontar información; si es posible interactuar tolerando las discrepancias.

Tradicionalmente se ha sostenido que en el nivel de educación superior, la única condición necesaria para promover y orientar el aprendizaje de los alumnos es el dominio de la asignatura. Por eso se afirma con frecuencia que los investigadores son los docentes por excelencia en la universidad. Hoy se reconoce que *además* del dominio de la asignatura y de la investigación científica en su especialidad, un profesor universitario debe investigar sobre la tarea docente. Es decir, debe conocer científicamente los procesos mentales y emocionales individuales y colectivos que involucra la situación de enseñanza-aprendizaje de la medicina.

Hasta ahora los profesores de las escuelas de medicina han demostrado, escasa conciencia respecto a la necesidad de formarse como educadores y de constituirse en investigadores sobre procesos educativos. Este es un campo específico que espera ser desarrollado. La evolución del conocimiento científico y la disponibilidad de tecnologías educacionales reclaman que la docencia universitaria supere el modelo artesanal-em-

pírico en la formación de médicos. Las dificultades para transformar la enseñanza de la medicina, para incorporar tecnologías y recursos instruccionales disponibles se origina más en la incapacidad de superar este modelo artesanal que en la carencia de medios económicos para obtener dichos recursos. Los médicos, igual que otros profesionales, cuando desarrollan tareas docentes en la universidad se limitan a reproducir sus propias experiencias. Con cierta frecuencia se escucha decir "cuando yo era estudiante..." como fundamentación cierta y válida para justificar una decisión.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, como una estrategia de apoyo al cambio curricular, ofreció a sus docentes un curso de formación docente-pedagógica durante 1988, con 2437 inscriptos. Dicho curso se programó con una modalidad de educación a distancia, con el propósito de ofrecer a los docentes una experiencia de aprendizaje diferente a las convencionales. Esta propuesta de trabajo exige activa participación en grupos de trabajo y dedicación al estudio individual, con materiales instruccionales especialmente diseñados.

Decididamente, este programa demanda que los participantes y el coordinador pedagógico asuman un rol diferente al tradicional de alumno y profesor. Esta circunstancia ha generado, en un determinado porcentaje de los participantes, un alto grado de resistencia a abandonar el comportamiento tradicional de "asistencia a clase y tomar apuntes". También se ha podido advertir que los planteos acerca de la necesidad de formarse científicamente como educadores universitarios provoca comportamientos de rechazo y agresión.

Estas reacciones tal vez podrían ser interpretadas como indicadores de la magnitud del esfuerzo necesario para producir una transformación curricular. Felizmente, esta experiencia también está demostrando que el cambio es posible ya que son muchos los docentes que participan activamente y están produciendo trabajos que revelan la asimilación de nuevos conceptos y la transformación de su forma de pensar.

CONCLUSIONES

En síntesis, el cambio curricular es un proceso de transformación de la institución y lo fundamental es la reconversión de los recursos humanos docentes. Se caracteriza la "práctica profesional" como una cultura, con sus normas y valores. Se debe exponer al estudiante a un medio coherente con los principios y valores expresados en los objetivos de la escuela. El cambio curricular es imposible, si se pretende realizarlo disociado de los servicios de salud.

Hay que tomar decisiones sobre qué enseñar, quién decide y en base a cuáles criterios. Para realizar un cambio deben revisarse los princi-

pios sobre el proceso de aprendizaje que fundamentan las decisiones curriculares y redefinir la función de la universidad.

Algunos objetivos educacionales se logran a través del cómo se aprenden las disciplinas en los cursos formales. Para el logro de objetivos de *formación* no hay cursos ni bibliografía, sino práctica. Se deben aplicar estrategias y recursos instruccionales tales como auto-aprendizaje, estudio independiente y trabajo en grupos.

Finalmente, para lograr una transformación del cuerpo docente de las escuelas de medicina, los profesores mismos deben participar activamente en una experiencia pedagógica que les permita experimentar estrategias docentes no convencionales y asumir su rol de educadores, además del de profesionales y/o investigadores.

REFERENCIAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. *Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra, 1978.
 - 2 Puchi Ferrer, J. *Planeamiento y análisis del currículo médico*. Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1980.
 - 3 Saylor, J. y Alexander, W. *Planeamiento del currículo en la escuela moderna*. Troquel, Buenos Aires, 1970.
 - 4 Doll, R. *El mejoramiento del curriculum*. El Ateneo, Buenos Aires, 1970.
 - 5 Andrade, J., Arellano, V. y Muñoz Lagos, S. La planificación de la educación superior o universitaria y los conceptos de política, estrategia y plan. *Educ Med Salud* 10(1), 1976.
 - 6 Parson, T. Estructura social y proceso dinámico. El caso de la práctica médica moderna en el sistema social. *Revista de Occidente*. Madrid, 1966.
 - 7 Sigerist, H. *Historia y sociología de la medicina*. Editora Guadalupe, Bogotá, Colombia, 1974.
 - 8 Ferreira, J. R. Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000. *Educ Med Salud* 17(1), 1983.
 - 9 Plan de estudios de la carrera de medicina. Resolución (C.S.) 138. Buenos Aires, 1986.
 - 10 Ferreira, J. R. La necesidad de colaboración efectiva entre la educación médica y el servicio de salud. *Educ Med Salud* 15(2), 1981.
 - 11 Díaz Barriga, A. *Didáctica y curriculum*. Nuevomar, México, 1987.
 - 12 Morris, B. Técnicas del aprendizaje para maestros. Trillos, México, 1979.
 - 13 Tyler, R. Principios básicos del currículo. Troquel, Buenos Aires, 1973.
-

BRASIL: CURRÍCULO E PRÁTICA MÉDICA

Antonio Egidio Nardi¹

INTRODUÇÃO

O conceito de profissão médica compreende o monopólio de uma área específica de atividade a partir de prolongada formação intelectual e um sistema particular de valores que legitima e sustenta padrões de comportamento profissional (1).

Na sociedade atual observa-se que o conjunto das práticas médicas se encontra incorporado à lógica de produção. A evolução dominante da institucionalização da divisão do trabalho na sociedade capitalista encontra-se na organização do trabalho dos profissionais médicos (2). Em geral, isto significa a passagem da organização de tipo artesanal — *ideologia liberal*, como o princípio da livre escolha e do segredo profissional, a negação do assalariamento, o custo dos serviços absorvido pelo cliente, o combate à medicina de grupo — à organização do tipo industrial — *ideologia empresarial*, com o assalariamento do médico e a exploração do seu trabalho com o sentido explicitamente lucrativo da atividade da empresa, ambos incompatíveis com os princípios dos códigos éticos (1).

O médico passa, então, a empregar-se como parte da força de trabalho para o desenvolvimento da medicina como organização de produção, distribuição e consumo de serviços médicos. A atenção médica fica assim submetida ao conceito de mercadoria, exigindo controle e racionalização do trabalho envolvido nesse processo de transformação do médico autônomo em trabalhador geral, para que conduza ou transfira mais-valia (2).

É digno de nota que o exercício liberal da profissão médica não desempenhou uma atividade capitalista, já que os lucros apresentados se dividiam por uma população dispersa de profissionais, não permitindo um marcante processo de acumulação de capital, sendo utilizados como um consumo de luxo. Mas estes produtores individuais passam progres-

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria. Rio de Janeiro, Brasil.

sivamente a ligar-se com empresas de seguro-saúde, caixas beneficentes, associações de servidores e com a própria Previdência Social. Com essas credenciais conseguem sustentar-se em seus consultórios, mas já agora controlados em sua prática e em seus lucros (2). É possível afirmar que a redução da clientela livre e a reorganização das condições materiais do trabalho, se não eliminam a ocorrência de formas de trabalho autônomo ou semi-autônomo, tendem a diminuir sua importância numérica, e a caracterizá-las como formas transicionais para o assalariamento ou empresariamento.

Para a grande maioria, a transição tende para o assalariamento direto. O restante passa a acumular capital através de investimento em associações, grupos e cooperativas médicas. Contudo, a prática médica ainda preserva traços exteriores da prática liberal, onde as empresas são as “clínicas”, vistas como “organização de colegas” (2), o que encobre a verdadeira natureza da estrutura de produção nesses locais: a coletivização dos meios de trabalho e o controle privado dos lucros, com extração de mais-valia em cima do trabalho de colegas (2).

Temos, ainda, a *ideologia estatizante*, com seus principais centros de elaboração e divulgação no âmbito do próprio sistema estatal de controle da assistência médica. A padronização dos procedimentos, a limitação dos custos, enfim, as exigências de racionalidade do processo de planejamento da assistência médica são as teses fundamentais utilizadas para a defesa da produção estatal de serviços de saúde (1). O assalariamento pelo Estado não se define predominantemente como uma perda de autonomia, mas como um resultado da subordinação às necessidades coletivas; ou, em termos dos valores profissionais, como a expressão do “ideal de serviço”. Contrapondo-a à ideologia liberal, pode-se dizer que a defesa da estatização implica na recomposição da identidade entre profissional e trabalhador. Há, aí, uma tentativa de preservar o respeito ao trabalho do médico e ao sofrimento do paciente.

REFORMAS UNIVERSITÁRIAS

Quando a classe dominante do final da Primeira República, em sua maioria latifundiários cafeicultores, é forçada a dividir seu poder e sua área de ação com a nova classe média burguesa urbano-industrial, há também a divisão do acesso à cultura, ao ensino oligárquico, claramente elitista. Este é substituído no início da década de 30 pelo ensino liberal. A pregação liberal da educação — educação populista — defendia a gratuidade e a obrigatoriedade do ensino primário, assim como a laicidade e a co-educação. Repartiram o poder ideológico até 1945.

Para a ideologia nacional-populista, a escola tinha o papel de disseminar a nova ideologia desenvolvimentista; a idéia do desenvolvi-

mento como meio de produzir o bem-estar de todas as classes. Isto tomou força após 1945. Esse período, que dura até 1964, deixa como herança a idéia de igualdade de oportunidades para as diferentes classes sociais. Entretanto, os ricos ocuparam as vagas do Estado, enquanto os pobres pagavam o ensino privado.

A substituição do modelo populista-liberal pelo modelo autoritário veio com a reforma universitária do governo militar, e demonstra as intenções da burguesia nacional de colocar todo o ensino em função do capitalismo.

A Reforma Universitária adotou o modelo americano: o sistema de créditos, dois níveis de pós-graduação, tempo integral, dedicação exclusiva, vestibular unificado e classificatório, etc. A reforma permitiu uma crescente uniformização e burocratização da universidade e do ensino em geral.

O governo deixa claro que pretende desobrigar-se cada vez mais de sua função de oferecer ensino gratuito de 3º grau, e que o controle político-ideológico sobre as instituições de ensino superior é um objetivo desejado. Restringir economicamente a universidade, diminuindo seu potencial crítico, impedir a pesquisa e a ação sobre as necessidades reais da população, e com isto fortalecer o domínio ideológico da formação, com incentivo ao ensino pago e à comercialização da educação (1).

Integração Docente-Assistencial

As funções universitárias das escolas médicas, geralmente aceitas como sendo de investigação, ensino e assistência, desenvolvem-se dentro dos modelos educacionais que implicam concepções distintas da Medicina, da prática médica e das relações que devem existir entre a escola médica e os serviços de saúde (3). Existem três momentos evolutivos da relação ensino-serviço: o primeiro, fechado na universidade; o segundo, representado pelo hospital universitário como local privilegiado, e o terceiro, que vem se apresentando com maior firmeza nos últimos anos, visa uma vinculação dos serviços assistenciais com o ensino, privilegiando o binômio ensino-assistência — a integração docente-assistencial (IDA).

A IDA foi proposta para atender as necessidades sociais urgentes no Brasil através de um real engajamento do estudante de medicina, enfermagem e áreas afins, e do corpo docente universitário nos serviços de assistência primária, secundária e terciária de saúde (4). A distância existente entre docência e trabalho assistencial na comunidade é uma distorção do sistema, a qual a ideologia dominante tenta nos mostrar como característica natural. A IDA vem exatamente reformular estas idéias pré-concebidas, e através do trabalho junto à comunidade mudar o currículo universitário, distante das necessidades da população (5, 6).

No Brasil, o modelo de educação médica está, em geral, cen-

trado na concepção biológica e individual dos problemas de saúde, que devem ser abordados com recursos científico-tecnológicos. Muitos dos problemas na integração docência-serviços têm sua origem na diversidade dos objetos de trabalho das instituições docentes e de serviços, cada uma com sua visão do momento atual e da proposta da IDA (4).

Dentro das escolas médicas são os departamentos de medicina preventiva e/ou social que, tendo como objeto de trabalho a saúde coletiva, dominam teorias e métodos derivados das ciências sociais, demografia, epidemiologia, administração e planejamento, e têm condições, portanto, de integrar-se de forma eficiente a projetos assistenciais do setor de serviços. Geralmente, os departamentos clínicos das escolas médicas não têm um objeto social de trabalho e não dominam o instrumental teórico-metodológico necessário para tanto (4). Como a participação dos diferentes departamentos da escola médica nos projetos de IDA não está vinculada ao desenvolvimento de uma proposta institucional comum (havendo até um certo grau de autonomia departamental), a integração se faz, quanto aos objetivos gerais, de formas variadas (4, 5).

Na situação de grande escassez de recursos que predomina no ensino médico do país, os projetos de IDA constituem-se em um mecanismo de captação de recursos e de integração interinstitucional visando conciliar, muitas vezes de forma predominante ou exclusiva, os problemas de falta de recursos humanos, materiais e financeiros, diante da pressão social pela extensão de cobertura dos serviços. A integração pode significar um passo positivo, ao racionalizar a utilização de recursos escassos, mas é fundamental, também, à criação de um espaço aberto à inovação, avaliação e ao desenvolvimento do pensamento crítico, tanto nos aspectos internos — organização e administração — como nos externos — significado social — do projeto IDA (4).

Desenvolver a IDA em bases científicas requer o domínio teórico-metodológico do objeto a ser abordado, a interpretação das políticas institucionais vigentes e uma postura política diante dos problemas sociais, com exigência de soluções práticas e reais.

Princípios filosóficos orientadores do currículo

O discurso da neutralidade da clínica médica, ou de qualquer “clínica”, é o tipo de afirmativa que interessa ao movimento que visa um distanciamento do médico, em sua qualidade de agente social ativo, de sua realidade. O exercício da medicina não é uma atividade neutra em nenhum sentido; quando assim o revestem ou falsamente defendem é porque existe uma força para obrigar o conhecimento e a compreensão do mundo a fim de não ameaçá-lo ou modificá-lo. Entretanto, o objetivo de qualquer conhecimento é a transformação da realidade do mundo (7).

Os profissionais de saúde recebem influências das diversas dire-

trizes filosóficas conforme o contexto de sua formação e prática. Podemos notar duas diretrizes filosóficas básicas de atuação na formação e exercício da medicina.

O pensamento positivista, Positivismo, criado por Augusto Comte, é o pensamento característico do século XIX, que tem a ciência como o estudo dos fatos e de suas relações, através do emprego da observação e da experimentação. Tenta estabelecer a máxima unidade na explicação de todos os fenômenos universais; objetiva descobrir leis imutáveis; nega a luta de classes e só admite o progresso social sob a forma de uma evolução gradual (7-9).

O pensamento dialético, contrapondo-se ao positivismo, vê o homem como parte integrante e ativa no mundo, podendo transformar a realidade, por mais que isto seja limitado pela própria realidade (7). A dialética reconhece a luta de classes existente na sociedade e aponta para a necessidade de se levar em conta essa realidade no processo de transformação social (9).

Ambas as linhas de pensamento tiveram e têm uma influência profunda e decisiva na percepção da realidade, seja pelo indivíduo que as utiliza, seja pela ideologia dominante que atua através de uma destas linhas (8).

Com influência destas duas linhas filosóficas na formação de sua ideologia tem-se, também, dois tipos básicos de universidade:

- A universidade autoritária, baseada no pensamento positivista, é a representação da ideologia autoritária, dominadora, no ensino superior. É a universidade paga, economicamente dependente do lucro; logo, segue a direção que desejam seus patrocinadores. É a universidade reprodutiva, repetidora da ideologia dominante. É o ensino da falsa consciência, é o domínio do discurso universitário através do capitalismo dependente.
- A universidade crítica, baseada no pensamento dialético, é a universidade aberta para idéias e sua discussão. É o ensino ideologicamente independente do estado. É o ensino voltado para as reais necessidades da população, com a pesquisa voltada para este fim. É o ensino da consciência crítica numa universidade não dependente do capital mercantil. É a universidade com propostas alternativas.

Para a pedagogia dialética, a questão principal é o homem como ser político, a libertação histórica, concreta, do homem contemporâneo. A educação, aí, identifica-se com o processo de humanização. A educação é o que se pode fazer do homem de amanhã (5, 7, 8).

No que tange a pedagogia da essência — concepção metafísica — ela se preocupa com o homem individual, sua formação de líder, de

dirigente que defende a continuidade de uma ordem social onde predominam os interesses da burguesia. A pedagogia dialética da educação é social, científica, voltada para a construção do homem coletivo, voltada para o futuro.

A universidade brasileira vem se distanciando, nos últimos anos, de uma prática dialética. Entretanto, isto não quer dizer que todos os formados nos últimos anos sejam vítimas do positivismo ou da ideologia empresarial. Há, sim, um conluio desta ideologia com aqueles profissionais de saúde, membros da classe dominante.

Atualmente, recomenda-se a análise dialética (10) da formação profissional e de sua prática, ainda de forma tímida, mas realista, voltada para as necessidades da população carente de assistência de saúde, onde a IDA tem um papel fundamental nesse engajamento crítico e assistencial.

ORGANIZAÇÃO CURRICULAR E SUA METODOLOGIA

Quando se fala em organização curricular deve se ter em mente os conceitos de teoria e prática.

A ciência é mais uma tentativa do ser humano em obter poder sobre o mundo que o cerca, através da racionalidade da razão. A ciência é a valorização da teoria; é a própria teoria, que desvalorizará o empírico através da manipulação de esquemas operacionais em um universo de dados empíricos (7). Isto porque, embora a ciência tenda para um contato com o real, o contato com a realidade nunca é científico. Por exemplo, os físicos trabalham sobre modelos teóricos (distantes da realidade), mas que podem ser úteis na obtenção do poder sobre o mundo (com sua consequente transformação). Isto é, em parte, porque a ciência não trabalha com fatos, mas com objetos. Mas com a ciência o homem consegue seu objetivo de poder, de dominar a natureza.

Técnica é o fazer, é a produção. O poder, proveniente da ciência, conduz à técnica, à civilização técnica. A ciência é o caminho ao poder técnico.

A área da saúde é resultado da técnica. Por exemplo, a Medicina foi legitimada com a ciência — uma pessoa com febre sempre existiu — mas à observação (o olhar) desta pessoa, o hipotetizar uma causa e propor um plano de tratamento racionalizado, criaram a ciência da Medicina. Sua criação veio acompanhada de técnicas: o comportamento do médico, seu modo de examinar e questionar, suas opções de pesquisa e suas propostas de tratamento (1, 2).

A Medicina é uma área onde a técnica e o avanço tecnológico estão presentes, mas não onnipresentes. A Medicina tem uma responsabilidade social; sua técnica sofre influência e orientações políticas das mais variadas. Ser médico não é apenas ser técnico, implica em outros

compromissos sociais. Entretanto, o avanço tecnológico quase sempre vem acompanhado de uma ideologia alienante: a de que basta ser técnico para agir na área de saúde. O avanço tecnológico é útil e necessário, mas não deve limitar a ação social, crítica e política do profissional de saúde em todas as áreas: ensino, pesquisa e assistência (7).

Decisões acerca da natureza e da seqüência, tanto do conteúdo como das experiências de aprendizagem, variam de acordo com as posições teóricas da aprendizagem aplicadas ao planejamento curricular. O problema da relação entre os vários tipos de conteúdos está determinado pelas teorias, com relação ao funcionamento básico do pensamento e desenvolvimento do indivíduo e, portanto, ao manejo da teoria educativa como um conjunto de elementos científicos e racionais capazes de proporcionar critérios válidos para a tomada de decisões (11).

Os critérios variam em suas fontes, alguns destes provenientes de pressões sociais, de posições teóricas, de hábitos estabelecidos e de algumas tradições.

O planejamento curricular é o coroamento de um processo de análise rigorosa da sociedade, das teorias de aprendizagem, das formas metodológicas e pedagógicas de entender as situações educacionais, da natureza do tipo que se quer estimular no aluno (3).

Não há meio melhor do que se ensinar fazendo; ensinar assistência à saúde prestando assistência à comunidade: o docente, o aluno e a comunidade discutindo seus problemas, suas necessidades. O ensino teórico-prático, sob este enfoque, ganha a perspectiva de formar um profissional pronto e consciente das necessidades de sua população. Um profissional que, como a proposta da IDA, surge em resposta ao modelo burocrata-autoritário, centralizador, tecnicista, privatista e elitista. São o profissional, o estudante e o docente integrados à assistência das necessidades sociais e básicas de sua comunidade. Haverá, assim, um auxílio à prática vindo da teoria. Mas esta mesma teoria irá sendo modificada pela prática clínica, através da discussão e mudanças realizadas pelos alunos e docentes no seu cotidiano assistencial (3).

A metodologia não é neutra; ao contrário, são processos nos quais interferem as realidades econômicas, sociais, políticas, religiosas, etc., estabelecendo uma relação entre o sujeito que conhece e o objeto do conhecimento.

O método dialético só pode enriquecer a formação de qualquer profissional, neste caso, na área de saúde. A crítica, a visão das diversas forças e influências sobre a prática e a relação realidade-aprendizado só serão vistas como fonte de uma aproximação das necessidades assistenciais do povo quando sob a ótica do método dialético (9).

O método dialético não permite a estagnação assistencial e de formação de profissionais. A dialética vem ajudar a fomentar o debate, a ação. Transformando qualitativamente o nível de assistência e de for-

mação de profissionais. A observação e a crítica das forças que atuam nesses setores, unidas ao pragmatismo inerente à dialética, vêm trazer uma proposta de reformulação aos currículos e aos futuros profissionais. Estes sairão das faculdades voltados para uma experiência crítica, de movimento e de transformação.

CONCLUSÃO

A estrutura rígida do currículo médico é uma demonstração da distância existente entre o curso médico e a realidade. Só existem cursos e teorias isoladas do contexto sócio-econômico na esfera do positivismo. A presença do currículo integrado às necessidades assistenciais da população, torna-o ideal para uma verdadeira formação profissional. Alunos e professores das diversas áreas da saúde se encontram e, através da sua prática e do embasamento teórico concomitante, atuam na formação do profissional voltado à população. O aluno amplia seus conhecimentos numa troca de aprendizagem, e cria cada vez mais uma consciência crítica da realidade.

A tarefa da dialética é basicamente crítica. Ela se opõe ao dogmatismo, ao reducionismo e, portanto, é sempre aberta, inacabada, superando-se sempre. Assim, também, deve ser o nosso currículo do curso médico. A integração docente-assistencial, colocando a prática e a teoria em perfeita sintonia, favorecendo a qualidade assistencial, formando profissionais aptos, críticos, sem laços com dogmas e verdades absolutas. Não temos que formar “super-especialistas”, mas apenas médicos voltados para a nossa realidade político-assistencial, e neste contexto, o docente precisa ensinar na prática. *Quem sabe fazer, ensina fazendo.*

AGRADECIMENTOS

O autor agradece à Professora da Disciplina de Pedagogia Médica do Curso de Mestrado da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maria Alice Sigaud M. Coelho, pela orientação na feitura deste trabalho durante o curso. Também agradece à Professora Dyla Tavares de Sá Brito pela sua cuidadosa revisão.

REFERENCIAS

1 Donnangelo, M. C. F. Profissão Médica e Mercado de Trabalho. Ideologias ocupacionais. In: Medicina e Sociedade, pp. 125-169. Pioneira, São Paulo, 1975.

2 Silva Filho, J. F. A Psiquiatria, sua Pedagogia e a Formação Médica. Tese de Mestrado, 1979, Instituto de Psiquiatria, UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

- 3 Ojeda, R. e Rojas, G. Elementos para o desenvolvimento de uma estratégia de planejamento curricular. UAM-México, 1976. Tradução Nutes—Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
 - 4 Rocha, J. S. Y. A Integração Docente-Assistencial na Educação Médica no Brasil. *Rev Bras Educ Med* 9(3):198-206, setembro/dezembro de 1985.
 - 5 Brito, D. e Rato C. *A Formação dos Profissionais na Área da Saúde. Subsídios para definição de uma linha metodológica*. Nutes, ed. 1968. Documento Mimeografado.
 - 6 Gadotti, M. Críticas da Educação Brasileira. In: *Concepção Dialética da Educação. Um estudo introdutório*. Cortez Autores Associados, pp. 109-163, São Paulo, 1986.
 - 7 Buzzi, A. R. *Introdução ao Pensar*. Cap. III e IV, Ed. Vozes, Petrópolis, pp. 129-140, 1985.
 - 8 Garcia, J. C. As correntes do Pensamento no Campo da Saúde. In: *Medicina e Sociedad*, pp. 96-132. Pioneira, São Paulo, 1975.
 - 9 Konder, L. *O que é dialética*. Brasiliense, 11ªed., São Paulo, 1985.
 - 10 Gadotti, M. A dialética, concepção e método. In: *Concepção Dialética da Educação. Um estudo Introdutório*. Cortez Autores Associados, pp. 15-38, São Paulo, 1986.
 - 11 Lennie, I. Social change. In: *Paper Tigers: An introduction to the critique of Social Theory*. O'Donnell, Rod, Stevens & Lennie (eds.) Pilot Edition, Sydney, 1978.
-

MEXICO: EVALUACION COMPARATIVA DE DOS PLANES DE ESTUDIOS DE MEDICINA. SEGUIMIENTO DE EGRESADOS

*José Antonio Moreno¹, Rodolfo Herrero Ricaño¹, Enrique Pontes González¹,
José Luis Osorno Covarrubias¹ y Magda Luz Atrian Salazar¹*

INTRODUCCION

Este artículo es el tercero de una serie dedicada a evaluar comparativamente los dos planes de estudio con los cuales ha venido operando la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENEP-Zaragoza) desde 1976: el Plan por Asignaturas (PA) y el Plan Modular (PM).

En el primer artículo se evaluaron estos currículos desde un enfoque teórico-conceptual, tomando como referencia un modelo ideal de educación médica (1). En un segundo artículo se valoró la eficacia académica de los planes de estudio, comparando el rendimiento académico de los alumnos (en términos del dominio de las funciones profesionales y desempeño profesional según el tipo de paciente), a través de la aplicación de exámenes objetivos (2).

Para completar la evaluación curricular comparativa la escuela decidió utilizar datos pertinentes de un estudio de seguimiento de egresados que originalmente se propuso ofrecer elementos de juicio para: a) evaluar y reestructurar los planes de estudio y b) organizar un programa que atendiese a las necesidades de educación médica continua de los egresados (3). Tal estudio alcanzó hasta ese entonces un nivel exploratorio descriptivo y sus resultados consisten en un resumen de datos numéricos tabulados (4).

La primera parte de este artículo analiza aquellos datos del seguimiento de egresados que son relevantes para la evaluación curricular comparativa. En la segunda parte se discute la congruencia que guardan

¹ Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

los resultados de este estudio con los de la evaluación teórico-conceptual y de la eficacia académica y se expresa en las conclusiones finales.

Nuestra revisión de los datos se orientó a indagar tres rubros:

- Opinión sobre la formación recibida.
- Satisfacción, aspiraciones y perspectivas de desarrollo profesional.
- Situación ocupacional de los egresados.

Respecto al primer rubro, se considera que los egresados están en condiciones de emitir opiniones válidas sobre la calidad de la formación recibida al contrastarla con las exigencias de la práctica profesional. Con relación a los otros dos rubros, se considera que el impacto formativo del plan de estudios condiciona de alguna manera el rumbo que toma la trayectoria profesional del egresado, así como las condiciones económico-sociales dentro de las cuales decide y consigue desempeñar su ocupación.

MATERIAL Y METODO

Un aspecto metodológico que el estudio de egresados comparte con la investigación que precede a esta publicación (evaluación de la eficacia académica) radica en que los estudiantes de ambos planes de estudio (PA y PM) constituían a su ingreso a la escuela de medicina grupos homogéneos en términos socioeconómicos y culturales (5). Dado que el personal docente, las instalaciones y demás recursos disponibles fueron los mismos, la única variable educacionalmente significativa a la cual cabría atribuir las diferencias encontradas en el presente estudio está constituida por el tipo de currículo de acuerdo al cual se realizó su formación.

Se definió como población en estudio a aquellos que hubiesen egresado de la carrera de médico cirujano hasta finales del año de 1981². Al establecer este límite, quedaron incluidos en la investigación la primera generación de egresados del Plan por Asignaturas (EPA), así como las dos primeras generaciones de egresados del Plan Modular (EPM)³.

Se solicitó a la Unidad de Servicios Escolares una relación de quiénes cumplieron los requisitos establecidos y su dirección y teléfono para localizarlos. Tal relación estuvo constituida por 201 individuos. Considerando las dimensiones de la población, se decidió que la investigación abarcara a todo el universo en estudio.

² En el estudio se definió al egresado como aquel alumno que para la fecha establecida como límite (1981) hubiese cubierto la totalidad de los créditos académicos y hubiese presentado examen profesional.

³ Aunque ambos planes comenzaron a operar en 1976, la duración del Plan Modular es de cinco años y la del Plan por Asignaturas seis. Por este hecho, el egreso de la primera generación del PA ocurrió un año después y coincidió con el egreso de la segunda generación del PM.

Para obtener la información requerida se elaboró un cuestionario con 51 preguntas. En el caso de los egresados que residían en el área metropolitana de la Ciudad de México, se aplicó directamente a través de los encuestadores, y para los residentes en provincia el cuestionario fue enviado por correo.

La encuesta se llevó a cabo paralelamente para los EPA y EPM en el período comprendido entre noviembre de 1982 y febrero de 1983. Quedaron excluidos del estudio 11 egresados (cinco del PM y seis del PA), por no poder ser localizados, por fallecimiento, por extravío de la correspondencia o por negativa a responder al cuestionario.

Cabe destacar la alta cobertura del estudio, el cual logró encuestar al 96 % de los EPM (120) y al 92,1 % de los EPA (70) incluidos en el listado.

DESCRIPCION E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Dentro del rubro que cubre la opinión sobre la formación recibida (figura 1) se consideraron cuatro áreas de enseñanza comunes a los dos planes de estudio: a) las disciplinas básicas; b) las disciplinas clínicas en servicios de consulta externa; c) las disciplinas clínicas en servicios de hospitalización, y d) la enseñanza en el servicio social⁴.

Para valorar la enseñanza en cada una de estas áreas de los planes de estudio el cuestionario planteaba tres opciones: sin deficiencias, moderadamente deficiente y muy deficiente. En las cuatro áreas consideradas, un mayor porcentaje de EPM que de EPA optaron por la opción "sin deficiencias".

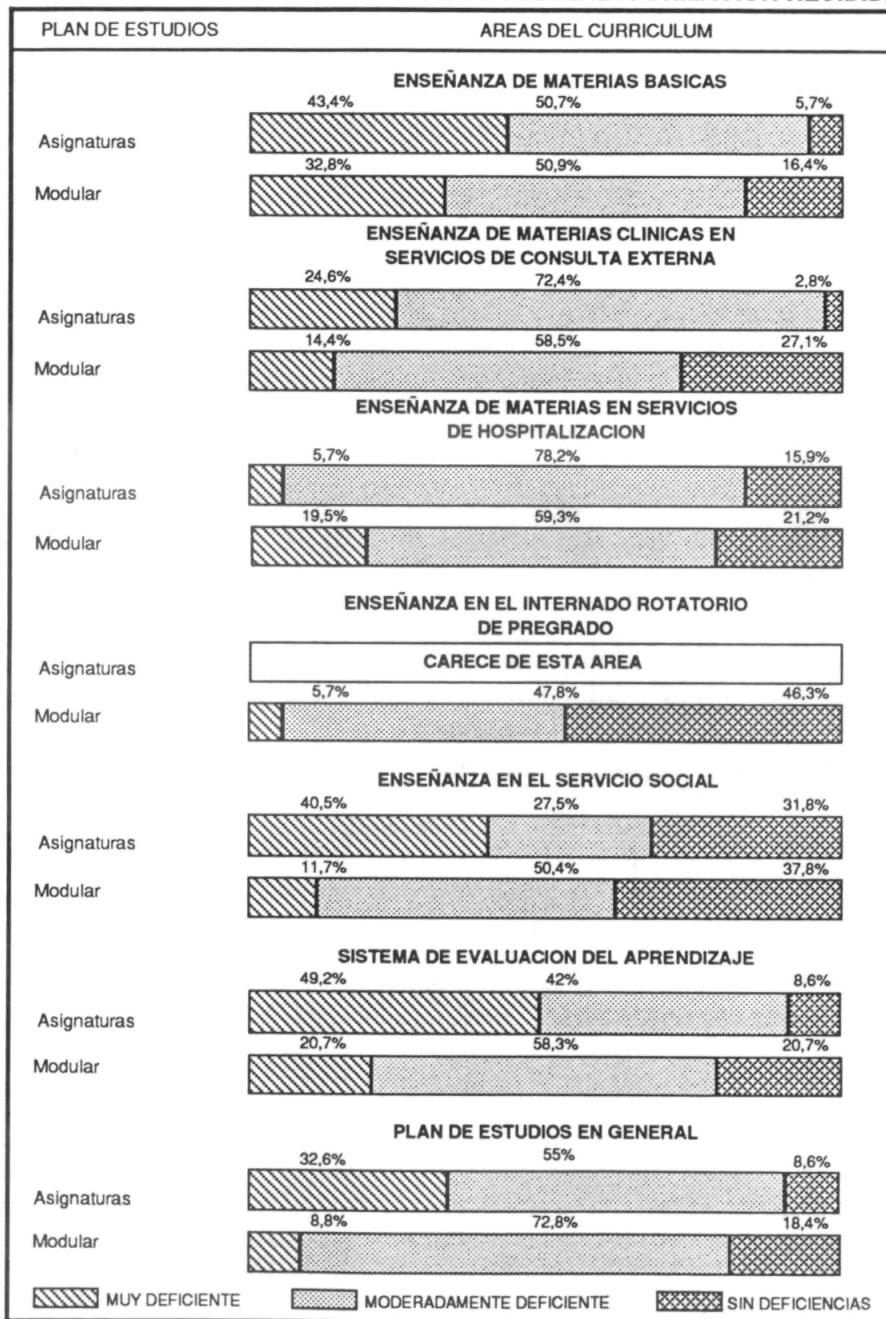
Por lo que se refiere a la enseñanza de las disciplinas básicas, la diferencia encontrada en las opiniones favorables (16,4 % en los EPM y 5,7 % en los EPA) podría indicar que las características del currículo modular favorecen su enseñanza.

En cuanto a la enseñanza clínica en servicios de consulta externa, resultaba lógico encontrar un mayor porcentaje de opiniones favorables entre los EPM (27,1 %) que entre los EPA (2,8 %), ya que el PM privilegia el adiestramiento en tal tipo de servicios para brindar capacitación efectiva en el ejercicio de la medicina general.

Al cuestionar a los egresados sobre la enseñanza clínica en servicios de hospitalización hubo un 15,9 % de opiniones favorables entre los

⁴ El servicio social en México, corresponde al último año del programa académico de la carrera de médico cirujano. Constituye una fase de capacitación eminentemente práctica, en la cual el alumno presta servicios de atención a la salud de la población rural y urbana marginada, como una manera de retribuir a la sociedad mexicana por los beneficios de una educación médica financiada, en la mayoría de los casos, con recursos públicos. El programa de servicio social es único, independientemente de la escuela de medicina de la cual procede el pasante.

FIGURA 1. OPINION DE LOS EGRESADOS SOBRE LA FORMACION RECIBIDA.



EPA y 21,2% entre los EPM. Era de esperarse un mayor porcentaje de opiniones favorables entre los EPA, dado que este currículo centra el adiestramiento clínico en el ámbito hospitalario. Llama la atención que el porcentaje de egresados del PM que eligieron la opción "muy deficiente" (19,5%) supera ampliamente a los del PA (5,7%) que tuvieron la misma opinión. Este hecho cuestiona la forma en que se daba la enseñanza clínica hospitalaria en el currículo modular.

El internado rotatorio de pregrado era un área de enseñanza que pertenecía exclusivamente al PA. Por esta razón, no es factible comparar las opiniones de los egresados de ambos planes respecto a la calidad de la enseñanza durante el mismo. No obstante, vale la pena destacar que independientemente del área de enseñanza y del tipo de plan de estudios de que se trate, la enseñanza en internado de pregrado fue la que recibió el mayor porcentaje de opiniones favorables (46,3%) y junto con ello, el más bajo de opiniones que la consideraron como "muy deficiente" (5,7%).

Esto significa que los estudiantes otorgan un alto valor formativo a la enseñanza clínica que se imparte durante el internado. En este período el educando desempeña funciones profesionales, combinándose la delegación de responsabilidad creciente frente al paciente, con una supervisión estrecha por parte del personal del servicio.

Dado que el programa académico del servicio social es igual para ambos planes, cabría esperar una valoración semejante de la calidad de la enseñanza durante el mismo por parte de ambos grupos de egresados. Por el contrario, hubo diferencias en el porcentaje de opiniones "sin deficiencias" (31,8% para el PA y 37,8% para el PM), pero sobre todo en el porcentaje de opiniones "muy deficiente" (40,5% entre EPA y solo 11,7% entre EPM). Tomando en consideración la identidad del programa de servicio social para los estudiantes de ambos planes, las diferencias encontradas podrían indicar una actitud valorativa más indulgente entre los EPM. Sin embargo, también es posible que las diferencias en la valoración del servicio social reflejen la influencia de los años de educación médica precedentes. Así pues, la mejor aceptación de este programa entre los EPM podría denotar que estos se adaptan mejor al tipo de práctica profesional que exige el servicio social, porque se asemeja más al tipo de capacitación recibida en los años precedentes; lo que no ocurre entre los EPA, cuya capacitación clínica se ha realizado fundamentalmente en servicios de hospitalización. En este mismo sentido, también pudiera influir el hecho de que durante el servicio social, los estudiantes reciben mínima enseñanza formal y escasa supervisión directa, por lo que se adaptan mejor los EPM que fueron formados bajo un sistema que enfatiza la importancia de la autoenseñanza y el estudio médico independiente.

Dentro del mismo rubro relacionado con la opinión sobre la formación recibida, también se indagó el punto de vista de los egresados sobre el sistema de evaluación del aprendizaje y sobre el plan de estudios en

general. Respecto al primer punto el 20,7% de los EPM lo consideraron "sin deficiencias", en tanto que solo el 8,6% de los EPA emitieron la misma opinión. Al mismo tiempo, lo consideraron "muy deficiente" el 20,7% de EPM y el 49,2% de EPA. A este respecto cabe recordar que en el PM los criterios, instrumentos y procedimientos de evaluación son establecidos departamentalmente, en tanto que en el PA estas cuestiones quedan al arbitrio de cada profesor titular de la asignatura.

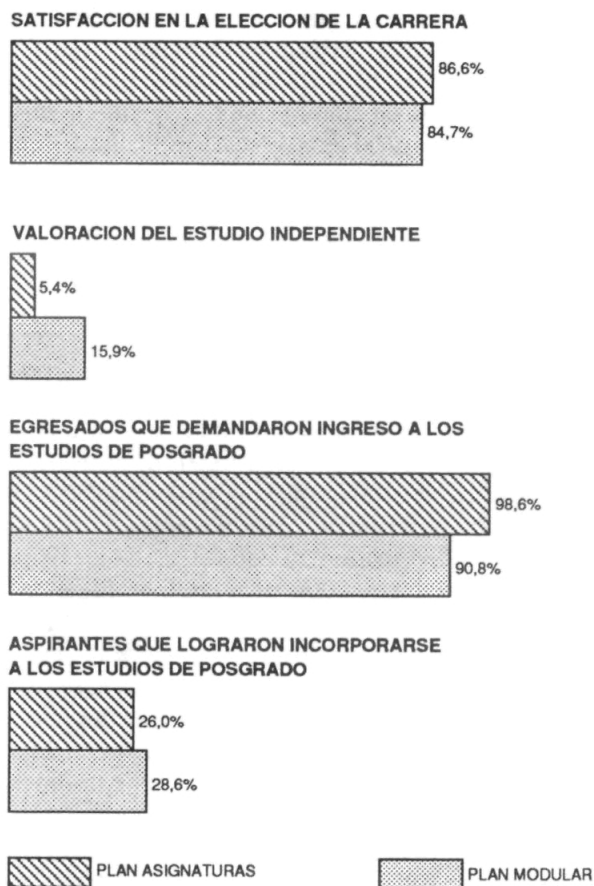
Por lo que se refiere a la apreciación general del plan de estudios, el 18,4% de los EPM se manifestaron satisfechos, en contraste con el 8,6% de los EPA. Asimismo, el currículo fue considerado como "muy deficiente" por el 8,8% de EPM y el 32,6% de EPA. La valoración de los egresados respecto al plan de estudios en general, es congruente con su valoración sobre aspectos particulares del mismo y refuerza las interpretaciones mencionadas.

En cuanto al rubro satisfacción, aspiraciones y perspectivas de desarrollo profesional, se preguntó a los egresados su sentir sobre el acierto en la elección de la carrera (figura 2). El 86,6% de los EPA y el 84,7% de los EPM, consideraron acertada su decisión. Era de esperarse encontrar un porcentaje más elevado de egresados satisfechos con su elección vocacional. Como hipótesis para explicar tan elevados porcentajes de insatisfechos, a estas alturas, cabría considerar la influencia de las dificultades para incorporarse al mercado de trabajo médico, que afectan principalmente a los recién egresados. También merece atención que el porcentaje de egresados del PM insatisfechos (15,3%) excede al del PA (13,4%). Para explicar esta diferencia, cabría considerar la posibilidad de que el modelo de servicio que aún predominaba en el sector salud no ofrecía las condiciones para el pleno desarrollo del modelo de práctica profesional de acuerdo al cual fueron formados los EPM.

Como parte de las aspiraciones y perspectivas de desarrollo profesional, también se interrogó la opinión de los egresados sobre diversas maneras de mantenerse actualizados.

El 15,9% de EPM y el 5,4% de EPA, consideraron al estudio independiente como la vía más adecuada para este fin. El resto de cada población eligió otras vías para su actualización (cursos, jornadas, talleres, mesas redondas y cursos prácticos en hospitales). Esta diferencia podría estar condicionada por el método de enseñanza propio del PM, el cual promueve que el alumno aprenda a aprender, es decir, que asuma responsabilidad creciente en su propia formación y hábitos para el estudio y la autoenseñanza. La importancia de esta modalidad formativa para superar deficiencias en la enseñanza escolar y mantenerse actualizado respecto al avance de las ciencias médicas ha sido señalada por autores calificados en la materia (6).

La demanda e incorporación de los egresados de esta escuela a los estudios de posgrado es indicadora de sus aspiraciones y perspectivas

FIGURA 2. SATISFACCION, ASPIRACIONES Y PERSPECTIVAS DE DESARROLLO PROFESIONAL DE LOS EGRESADOS.

de desarrollo profesional. A este respecto, el comportamiento de los egresados fue diferente, ya que el 98,6% del PA y el 90,8% del PM demandaron ingreso al posgrado. Aunque los EPA mostraron mayor interés en este sentido, un porcentaje ligeramente mayor de EPM consiguieron ser aceptados (28,6%), en contraste con un 26% de EPA.

Los egresados que aprobaron el examen de ingreso a las residencias clínicas exhibieron marcadas diferencias en cuanto a su preferen-

cia por las especialidades médicas clásicas⁵ y la nueva especialidad en medicina familiar⁶ (figura 3). Por lo que se refiere a las primeras, se incorporaron el 38,5% de los EPM y el 83,3% de los EPA. Respecto a la residencia en medicina familiar, se incorporaron a esta el 61,5% de EPM y solo lo hizo el 16,6% de EPA.

Las diferencias que presentan los EPM y los EPA respecto a la demanda e incorporación al posgrado ameritan una atenta reflexión. La elevada demanda entre los EPA por estudios de posgrado pudiera indicar que para estos constituye la única alternativa al término de los estudios de licenciatura. Tomando en cuenta que la restringida oferta de plazas para las residencias médicas en el país solo permite atender aproximadamente a la quinta parte de la demanda (7), la mayoría de los EPA verá frustradas sus aspiraciones de especialización. Esta situación también es aplicable a los EPM, aunque en menor grado, ya que un menor porcentaje de estos parece considerar la especialización en posgrado como una opción obligada para poder iniciar el ejercicio de la profesión.

Para entender mejor las preferencias de los egresados en cuanto al tipo de especialidades clínicas demandadas, es necesario considerar la evolución de los servicios de salud a nivel nacional, así como las políticas de salud a nivel internacional, que ya daban prioridad al desarrollo de los servicios de primer nivel de atención (8,9). Mientras que la marcada preferencia por residencias hospitalarias entre los EPA discorda con tales planteamientos, la preferencia mayoritaria por la residencia en medicina familiar entre los EPM armoniza con estos.

La dedicación a la docencia también fue indagada en el estudio de egresados. El 10% de los EPM y el 14,2% de los EPA realizaban actividades de docencia.

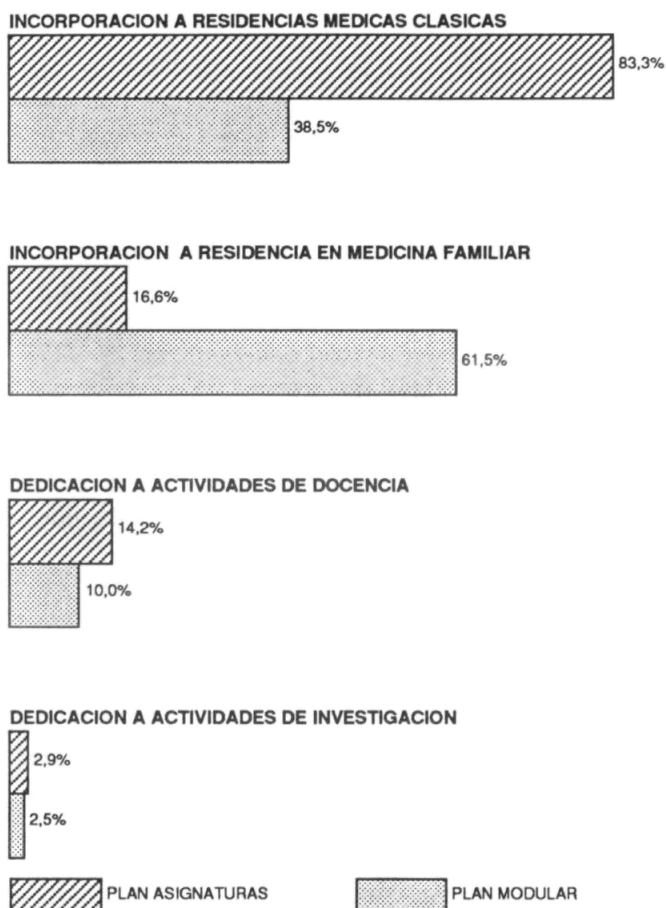
Las diferencias encontradas entre los egresados de nuestros dos planes de estudio admiten varias explicaciones, no necesariamente excluyentes. En primer lugar, cabe considerar que tales diferencias reflejen la eficacia con que cada uno de los planes de estudio capacitan en este sentido.

El porcentaje de egresados dedicados a docencia también varía en razón de las políticas de desarrollo de este tipo de personal en las escuelas, las cuales ofrecen en diferente grado oportunidades para desempeñarse en esta función.

A este respecto, J. Sandoval señala que, . . . "los profesionistas formados por las universidades encuentran su mercado de trabajo en estas

⁵ Se consideraron como especialidades clásicas aquellas que se ejercen fundamentalmente en servicios hospitalarios de segundo y tercer nivel de atención.

⁶ La especialidad en medicina familiar se caracteriza entre otros aspectos por brindar atención fundamentalmente a pacientes ambulatorios en servicios de primer nivel de atención.

FIGURA 3. AREA DE INCORPORACION EN LAS ESPECIALIDADES CLINICAS.

mismas instituciones, específicamente en las áreas de docencia e investigación. Cabe destacar que este puede ser incluso el campo dentro del cual el profesionista inicie su experiencia laboral, es decir, que constituya la zona del primer empleo, al menos para ciertas carreras'' (10).

En el currículo modular se utiliza una metodología de enseñanza característica, para la cual se requiere una capacitación específica. Ante la escasez de este tipo de docentes y el hecho de que los profe-

sores tienden a enseñar en la misma forma en que fueron enseñados, la escuela adoptó la estrategia de ir integrando en la planta docente del PM a los EPM interesados y con capacidad para la docencia.

Por lo que se refiere a la investigación, el 2,5% de EPM y el 2,9% de EPA participaba en esta actividad. Para explicar el bajo porcentaje y la escasa diferencia que al respecto muestran nuestros egresados, cabe considerar como operantes los mismos condicionantes expuestos respecto a la dedicación a la docencia; es decir, que la eficacia de la capacitación para la investigación es limitada y/o que la oferta de plazas de investigación es reducida. Por otra parte, la escasa diferencia encontrada no permite atribuir efecto distintivo a los planes de estudio respecto al dominio de los conocimientos necesarios para la investigación.

El último rubro investigado en este estudio se refirió a la situación ocupacional, es decir, a las condiciones sociales y económicas en que se ejerce la profesión (figura 4). Quedaron comprendidas en este rubro el ejercicio de la profesión en el medio rural o urbano, en el ámbito institucional o privado, la dedicación, a actividades propias o ajenas a la profesión y el nivel de ingresos alto o bajo.

La encuesta reveló que ejercían en el medio urbano el 98,3% de los EPA y el 87,4% de los EPM. En contrapartida lo hacían en el medio rural el 6,2% y el 12,6% respectivamente.

Este hallazgo parece indicar que el tipo de plan de estudios puede contribuir a mejorar la distribución de los médicos en las zonas donde se les necesita y con ello, a la extensión de cobertura de los servicios de salud (11).

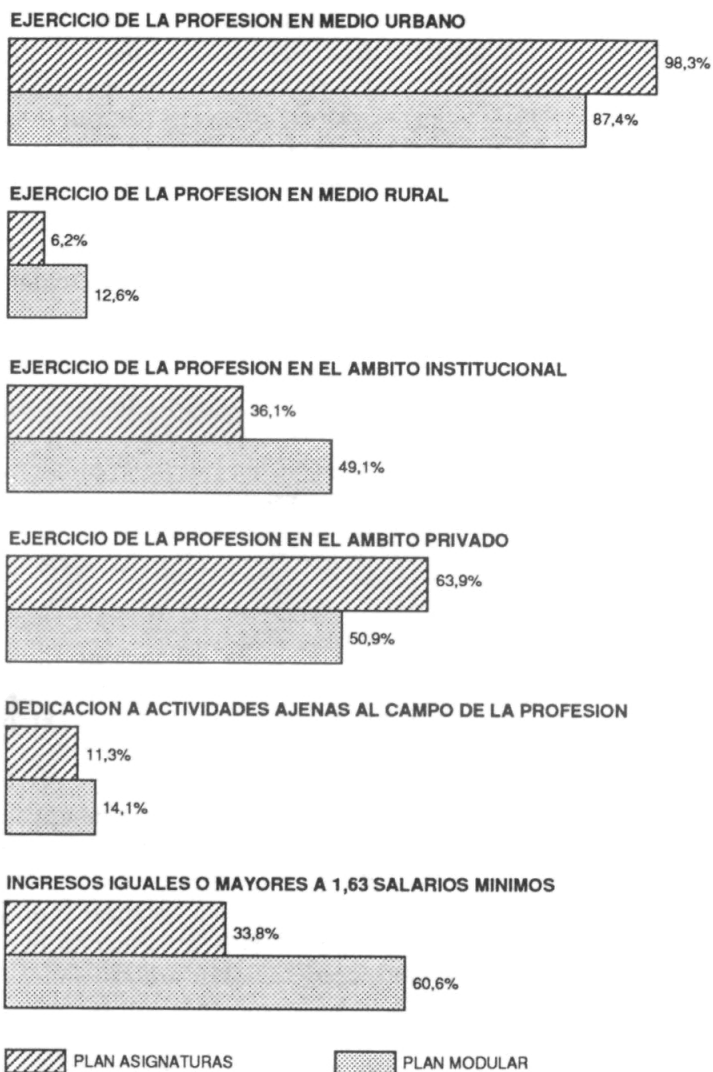
Los egresados muestran distinto comportamiento por lo que se refiere al desempeño de la profesión en el ámbito institucional o privado.

En el primero se desempeñan 36,1% de los EPA y 49,1% de los EPM y en el segundo 63,9% de los EPA y 50,9% de los EPM.

Asimismo, se identificó la dedicación a distintas actividades, ajenas al ejercicio de la medicina. Este hecho se encontró en el 14,1% de los EPM y el 11,3% de los EPA. Las diferencias son congruentes con el grado de insatisfacción manifestado en cuanto a la elección vocacional y pudieran ser atribuidas a las mismas causas antes mencionadas.

El nivel de ingresos indica el grado en que los profesionales han conseguido incorporarse productivamente al ejercicio de la profesión y el grado en el cual están consiguiendo satisfacer las demandas de los usuarios de los servicios de salud. El estudio reveló que gozaban de ingresos mensuales iguales o superiores a 1,63 salarios mínimos, el 60,6% de los EPM y el 33,8% de los EPA, estando los restantes por abajo de tales percepciones. Las diferencias en favor de los EPM pierden importancia si se considera que una parte de los EPM estaba en situación ventajosa ante el mercado de trabajo por haber egresado un año antes que la totalidad de los EPA.

FIGURA 4. CONDICIONES SOCIOECONOMICAS EN QUE LOS EGRESADOS EJERCEN LA PROFESION



RESULTADOS DE LA EVALUACION COMPARATIVA DE EGRESADOS

- El comparar las opiniones de los egresados respecto a la calidad de la enseñanza sugiere que el PM ofrece ventajas en relación al PA.
- Llamó la atención la insatisfacción de los EPM respecto a la enseñanza clínica en servicios de hospitalización y el alto valor formativo que los EPA atribuyeron al internado de pregrado.
- Respecto a la satisfacción, aspiraciones y perspectivas de desarrollo profesional, la trayectoria de los EPM apunta hacia patrones de ejercicio profesional orientados a la atención primaria, acordes con las tendencias evolutivas de los servicios de salud.
- Los estudios de seguimiento de egresados pueden ser más útiles en la medida en que: a) contemplen la opinión de las instituciones empleadoras de médicos; b) incorporen la opinión de los usuarios de los servicios que proporcionan los egresados; c) se adopten acuerdos básicos sobre el enfoque metodológico, categorías, variables e indicadores, que permitan la comparación interinstitucional de resultados, y d) se desarrollen metodologías que permitan evaluar más objetiva e integralmente el desempeño profesional de los egresados.

CONCLUSIONES FINALES

La evaluación comparativa a través del método de autoevaluación, indica que el currículo modular se asemeja en mayor grado al patrón que prospectivamente postulan las tendencias en el campo de la educación médica.

La diferencia de los planes de estudio a nivel teórico conceptual, estuvo asociada con diferencias en términos de su eficacia académica, pudiéndose constatar que los alumnos de PM muestran mejor dominio de las funciones profesionales.

Lo anterior, sumado a los hallazgos en el seguimiento de egresados, aporta suficientes elementos de juicio para tomar decisiones conducentes a reestructurar los programas académicos de ambos planes de estudio en la UNEP/Zaragoza.

Para optimizar los recursos disponibles se decidió enfocar los esfuerzos hacia aquel plan de estudios que ofreciera mayores ventajas. En consecuencia, el Consejo Técnico de la Escuela, canceló la inscripción de alumnos de nuevo ingreso al PA y recomendó una pronta aplicación de los resultados de la evaluación para la reestructuración del PM.

El plan de estudios modular reestructurado ha sido presentado a la consideración de los cuerpos colegiados de la Universidad Nacional Autónoma de México y una vez aprobado por estos se pondrá en operación en la UNEP/Zaragoza y será dado a conocer a los interesados en la educación médica.

REFERENCIAS

- 1 Herrero Ricaño R., Pontes González E., Osorno Covarrubias J. L. *et al.* Evaluación comparativa de dos planes de estudio de la carrera de médico cirujano: un enfoque teórico-conceptual. *Educ Med Salud* 21(3), 1987.
- 2 Pontes González, E., Herrero Ricaño, R., Moreno Sánchez J. A., *et al.* México: evaluación comparativa de dos planes de estudio de la carrera de médico cirujano. Eficacia académica. *Educ Med Salud* 22(2), 1988.
- 3 Mendoza, J. Saldaña, R. M., Pasarán, M. *et al.* Proyecto de estudio sobre egresados de la carrera de medicina. (Mimeo). ENEP-Zaragoza, UNAM, México, 1982.
- 4 ENEP-Zaragoza, UNAM. Resumen de la encuesta y estudio comparativo de los egresados de la carrera de médico cirujano entre plan modular y plan por asignaturas (Mimeo). México, 1983.
- 5 ENEP-Zaragoza, UNAM. Reporte de la evaluación diagnóstica de los alumnos de primer ingreso de la carrera de médico cirujano (ambos planes). Condiciones socioeconómicas y culturales. 1982-1984 (Mimeo). México, 1985.
- 6 *Estudios médicos independientes: su efecto potencial en el sistema de atención a la salud.* Publicación Científica 496. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1986.
- 7 Corral Gallardo, J., Díaz del Castillo, E., Flores Cánovas, Y. *et al.* El problema médico en México: aspectos concernientes a la formación de recursos humanos. *Educación, investigación y salud.* Vol. II. No. 2. México, 1986.
- 8 Soberón A. G. Programa de Acción de la Coordinación de los Servicios de Salud. *Cuadernos de la Coordinación de los Servicios de Salud.* Presidencia de la República. México, 1981.
- 9 Organización Mundial de la Salud. *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.* Ginebra, 1978.
- 10 Sandoval, J. Cualificación universitaria y mercado laboral: opciones para su estudio. *Perfiles educativos* No. 6. Centro de Investigaciones y Servicios Educativos, UNAM. México, 1984.
- 11 Sandoval Navarrete, R. J. Hacia una teoría de la migración médica en México. *Ciencia y desarrollo.* No. 69, Año XII. Julio-agosto, 1986.

COLOMBIA: ESTUDIO DEL RECURSO HUMANO DEL NUTRICIONISTA DIETISTA¹

Aura García Ulloa², Clara Carrasco de González³, Doris Ramírez de Peña³, Elsa Guzmán de Aristizábal³, Elvira Alonso de Vargas³, Martha Nieto Espitia³ y Yolanda Ramírez Guarín³

INTRODUCCION

La labor de formación del nutricionista dietista en Colombia, se inició en la Pontificia Universidad Javeriana con la creación de la Escuela de Dietistas en el año 1952. Posteriormente se crearon los otros programas: en 1963, las Universidades Industrial de Santander y Nacional de Colombia; en 1965, las Universidades de Antioquia y del Atlántico y, finalmente, en 1976 la Corporación Metropolitana para la Educación Superior.

La formación de recursos humanos en nutrición y dietética se generalizó a nivel continental, razón por la cual la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud promovieron dos conferencias sobre adiestramiento de nutricionistas dietistas de salud pública en América Latina, la primera celebrada en Caracas en 1966 y la segunda en São Paulo en 1973.

Como resultado de esta última se constituyó la Comisión de Estudios sobre Programas Académicos de Nutrición Dietética de América Latina (CEPANDAL). En cada una de las reuniones de esta Comisión (1973, 1974 y 1977) se enfatizó la necesidad de realizar estudios nacionales tendientes a definir con claridad el papel del profesional en nutrición y

¹ La Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas y la Comisión Central del Estudio, agradecen a la Organización Panamericana de la Salud, su apoyo técnico y financiero; en especial al Dr. Carlos Hernán Daza por su permanente interés en el desarrollo del Estudio.

² Coordinadora de la Comisión Central del Estudio, Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas.

³ Integrantes de la Comisión Central del Estudio, Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas.

dietética y el establecimiento de niveles de responsabilidad acordes con las necesidades reales de cada país.

En Colombia, el Instituto Nacional de Nutrición realizó en 1965 el primer Estudio del Recurso Humano y en 1973, el Ministerio de Salud Pública realizó un segundo estudio.

La idea de llevar a cabo una investigación que proporcionara información sobre diferentes aspectos de formación y desempeño del profesional, tuvo origen en las reuniones nacionales de directoras de carreras de nutrición y dietética, promovidas por el Ministerio de Salud y el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), y patrocinadas por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), las cuales se llevaron a cabo en 1975, 1978 y 1984. En estas reuniones se delegó a la Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas (ACODIN), la realización del Estudio del Recurso Humano del Nutricionista Dietista en Colombia, el cual se inició en 1985 con el apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS. Su objetivo fue cuantificar los profesionales, determinar sus características personales, educacionales y del ejercicio profesional, así como analizar la oferta, demanda y necesidades de formación de nutricionistas dietistas en el país.

La información derivada de esta investigación constituye un aporte valioso en el proceso de revisión y reorientación de las políticas de formación y perfeccionamiento del nutricionista dietista, en aspectos cuantitativos y cualitativos, y en la formulación de políticas nacionales de salud, alimentación y nutrición. Es también de utilidad a la Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas para la programación de actividades gremiales y educativas, así como a los nutricionistas, ya que la permanente actualización del Estudio les permitirá ubicarse dentro del contexto del país, cuestionarse respecto al desempeño profesional y formular sus propias directrices —que contribuyan a identificar nuevos campos de acción; a mejorar el estado de salud y nutrición de la población, y al avance de la ciencia de la alimentación y nutrición, procurando el reconocimiento de la profesión.

Este artículo ofrece información acerca de la cuantificación, características y perfil profesional del nutricionista dietista en Colombia, y al análisis de la oferta de nutricionistas dietistas en Colombia en los años 1980-1985.

MATERIALES Y METODOS

Para la organización del Estudio del Recurso Humano, la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas (ACODIN), nombró una Comisión Central constituida por

seis profesionales residentes en la capital y vinculados a diferentes instituciones, la cual tuvo como responsabilidad la planeación, ejecución, análisis y publicación de los resultados del Estudio. Se conformaron además 10 subcomisiones, de acuerdo con la ubicación de las actuales Seccionales y Comités de ACODIN.

El Estudio se llevó a cabo en cuatro etapas:

- Cuantificación del nutricionista dietista en el país.
- Identificación de las características personales, educacionales y del ejercicio profesional.
- Análisis de la oferta del profesional y productividad de los programas académicos de nutrición y dietética.
- Determinación de la demanda potencial del nutricionista dietista.

La primera etapa se realizó a través de un censo del total de nutricionistas dietistas existentes en el país, egresados de universidades extranjeras y nacionales, ya sea que estuvieran laborando o no, al año 1985. Para ello se solicitó a las diez subcomisiones el envío de un listado de nutricionistas dietistas de su área de influencia, con la siguiente información: nombre completo, domicilio permanente, institución donde trabaja y dirección. Asimismo, se solicitó a las seis carreras de nutrición y dietética del país, el envío de la relación de sus egresados desde su primera promoción hasta 1985. Con estos datos y otros suministrados por laboratorios farmacéuticos y entidades empleadoras, se cruzó la información y finalmente se elaboró por un medio computarizado el Directorio Nacional de Nutricionistas Dietistas de Colombia, primera edición.

En la segunda etapa del estudio, el universo estuvo constituido por 1577 nutricionistas, que representaban el 80% del total. Conformaron la muestra 668 profesionales que representaron el 42% del universo y el 34% del total de profesionales del país. En relación con el origen universitario, el estudio cubrió el 30% de los profesionales egresados, a excepción de la Universidad del Atlántico, que solo alcanzó el 15%. La recolección de la información se cumplió mediante la elaboración de un cuestionario que contempló los siguientes aspectos:

- Identificación del profesional nutricionista dietista.
- Datos personales (edad, estado civil, etc.).
- Características educacionales (origen universitario, estudios realizados, necesidades de educación continua y de posgrado).
- Características del ejercicio profesional (región geográfica, sector, nivel, carácter, cargo, dedicación y sistema de vinculación, campos de acción, funciones y actividades, salario y satisfacción profesional).

El instrumento constaba de 35 preguntas precodificadas, la mayoría de selección múltiple, para ser completado de acuerdo con las instrucciones incluidas en el mismo.

Previo prueba y ajustes, los cuestionarios fueron remitidos a cada uno de los profesionales ubicados en el censo y las 10 subcomisiones del estudio se responsabilizaron de su entrega, recolección y remisión a la Comisión Central. A continuación se sometieron a revisión crítica y codificación de acuerdo con los manuales elaborados para tal fin. Posteriormente los datos fueron grabados y procesados en computador, según el plan de análisis previsto.

Para ubicar geográficamente a los nutricionistas, el país se dividió en ocho regiones así:

- Región Central (Bogotá D.E., Cundinamarca y Boyacá).
- Región Costa Norte (Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, Guajira, Magdalena y Sucre).
- Región Noroccidental (Antioquia y Chocó).
- Región Occidental (Caldas, Risaralda y Quindío).
- Región Oriental (Meta, Santander y Norte de Santander).
- Región Suroccidental (Valle del Cáuca, Cáuca y Nariño).
- Región Sur (Tolima, Huila y Caquetá).
- Región Territorios Nacionales (San Andrés y Providencia, Arauca, Casanare, Guaviare, Guainía, Vaupés, Vichada, Amazonas y Putumayo).

En la tercera etapa, el universo estuvo constituido por la información obtenida de los seis programas académicos de nutrición y dietética existentes en el país (1980-1985). Se elaboraron dos cuestionarios, los cuales fueron remitidos a cada uno de los programas académicos, quienes los tramitaron y devolvieron a la Comisión Central, consolidándose de acuerdo a las variables contempladas. Con la información del primer cuestionario (Inscritos, Matriculados y Egresados 1980-1985) se obtuvo la *tasa de absorción*, aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Tasa de Absorción} = \frac{\text{No. de matriculados al I Semestre del programa}}{\text{No. de aspirantes inscritos al programa}} \times 100$$

La información del segundo cuestionario (Número de alumnos matriculados por semestre o por año 1980-1985), permitió calcular las *tasas de promoción y retención* en los programas académicos, las cuales indican la productividad de los mismos. Las tasas se obtuvieron mediante la aplicación de las siguientes fórmulas:

$$\text{Tasa de Promoción} = \frac{\text{No. de estudiantes que pasan al siguiente semestre}}{\text{Total de matriculados en ese semestre}} \times 100$$

$$\text{Tasa de Retención} = 100 - \text{Promoción}$$

Con los datos obtenidos en las tres etapas del estudio, se elaboraron y editaron tres fascículos, los cuales fueron difundidos entre los profesionales, instituciones formadoras y empleadoras, agremiaciones nacionales y entidades internacionales. También se ha realizado difusión mediante conferencias, seminarios, talleres y boletines.

RESULTADOS Y DISCUSION

Aspectos generales

En diciembre de 1985 el país contaba con 1979 profesionales en nutrición y dietética, de los cuales fueron ubicados el 80 % (1577), no fue posible localizar al 16 % (321) y el 4 % (81) residía fuera del país. El 99 % de los nutricionistas ha egresado de los seis programas de nutrición y dietética existentes en el país y el 1 % de universidades extranjeras. La universidad que ha formado el mayor número de profesionales es la Javeriana; le siguen en orden descendente Atlántico, Nacional, Antioquia, Industrial de Santander y Metropolitana (cuadro 1).

De acuerdo con la división geográfica, la región que concentra el mayor número de profesionales es la Central, seguida por Costa Norte, Noroccidental, Oriental, Suroccidental, región Sur, Occidental y por último las intendencias y comisarías del país. La mayor concentración de profesionales coincide con las regiones en donde se ubican los programas de formación académica. El 84,4 % de los nutricionistas está ubicado en la capital del país y en las capitales de Departamentos, y el 15,6 % en los demás municipios. El 84 % de los profesionales es menor de 40 años, el 55 % terminó el pregrado en el período comprendido entre 1975 y 1984, y solamente el 21,7 % ha realizado estudios de posgrado. La mayoría de los estudios de posgrado (76,2 %) fueron realizados en el país y 23,8 % en universidades extranjeras. De los primeros, el 66 % en universidades oficiales

CUADRO 1. Distribución de nutricionistas dietistas en el país según origen universitario. Colombia, 1985.

Universidades	Número	%
Antioquia	268	13,5
Atlántico	408	20,6
Industrial de Santander	215	10,9
Javeriana	631	31,9
Metropolitana	89	4,5
Nacional	350	17,7
Extranjeras	18	0,9
Total	1979	100,0

y el 34 % en privadas. El 66 % recibió título de Magister y 34 % el de Especialista. El 89,4 % de los profesionales ha participado en actividades de educación continua.

Características del ejercicio profesional

El estudio determinó que del total de encuestados, el 87 % ejercía la profesión y el 13 % no lo hacía. El sector salud agrupa el mayor número de profesionales, ubicándose la mayor proporción en el nivel regional, seguido del local, zonal y nacional. Ocupa el segundo lugar el sector educación, en el cual las universidades oficiales y privadas vinculan gran número de nutricionistas. Otros sectores son los de industria y agricultura (figura 1).

Las instituciones que emplean más nutricionistas (71 %) son de carácter oficial. El sistema de vinculación más empleado es el contrato a término indefinido (77 %) y laboran a tiempo completo el 85,6 %. Los cargos en que se desempeñan estos profesionales son: nutricionista dietista (53,5 %), docente (15,5 %), profesor universitario (15,1 %), jefe o director (8,2 %), coordinador (3,5 %), profesional especializado (1,5 %) y asesor (0,9 %). El 78,3 % tiene 10 años y menos en el cargo actual.

El principal campo de acción en que se desempeñan los nutricionistas dietistas es el de educación, seguido de administración de servicios de alimentación, nutrición clínica, salud pública, administración de programas, investigación e industria (figura 2).

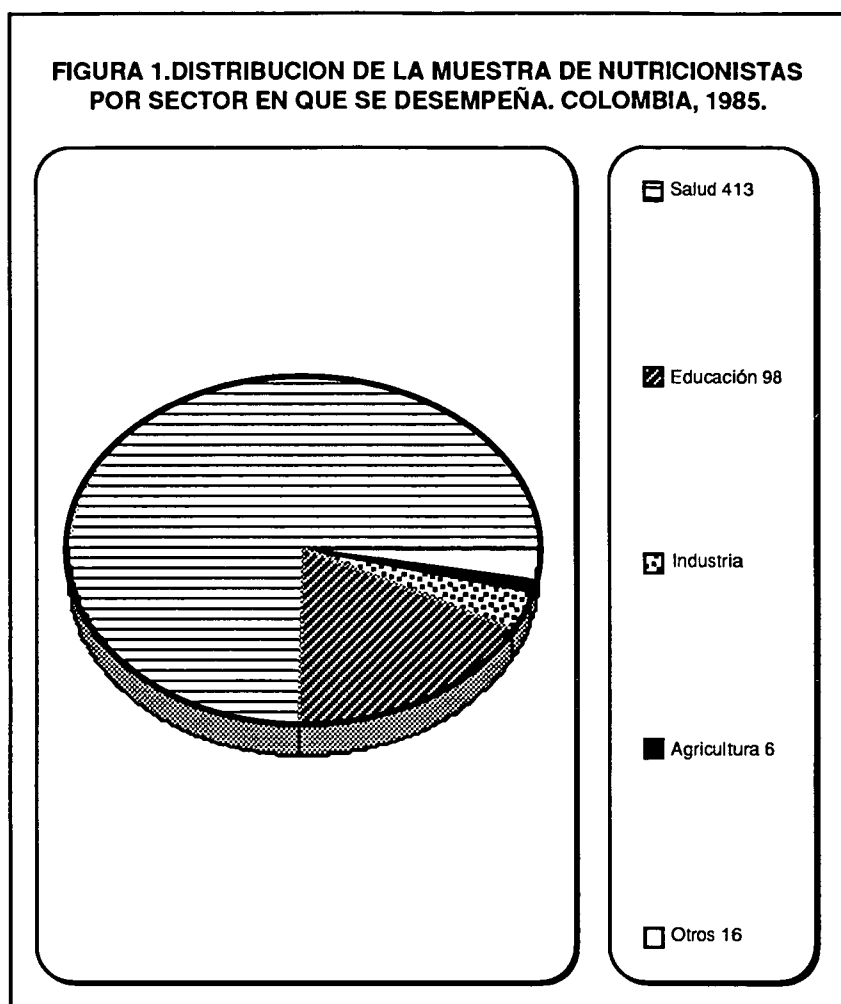
Como nuevos campos de acción para el ejercicio profesional, los nutricionistas mencionaron en primer lugar el sector agropecuario, en segundo tecnología de alimentos, y en tercer lugar planificación.

Las actividades de los nutricionistas dietistas se enmarcan dentro de cuatro grandes funciones:

- **Asistencial.** Las actividades que mayor número de profesionales realizan y con más frecuencia, son la atención dietética y nutricional a individuos sanos y enfermos, y la asesoría en aspectos de alimentación y nutrición.
- **Administrativa.** Se destaca la planificación, ejecución y evaluación de programas de alimentación y nutrición.
- **Educativa.** La actividad que ejecuta el mayor número de profesionales y con mayor frecuencia es educación nutricional a diferentes niveles en el sistema no formal.
- **Investigativa.** Principalmente participación en investigaciones en el campo de la alimentación y nutrición.

El 11 % de los nutricionistas ha elaborado algún tipo de publicación, destacándose los manuales, los artículos científicos y los folletos. En relación a ingresos, se encontró que en cuanto a salario devengado, el

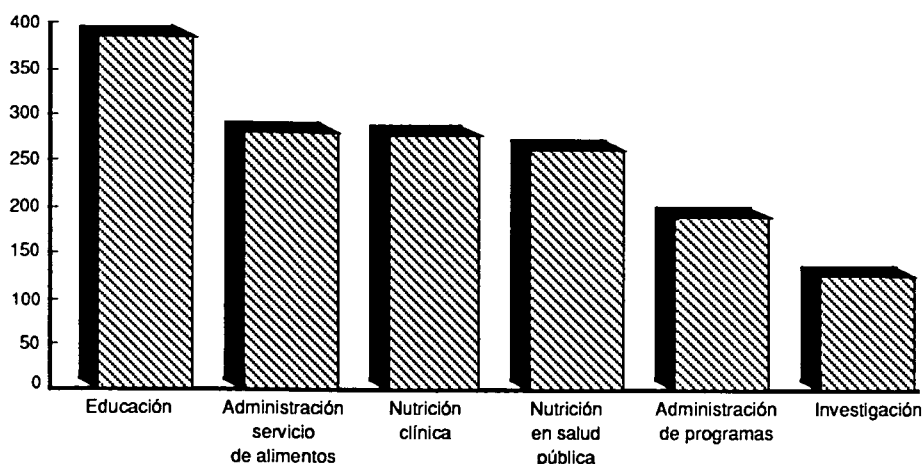
FIGURA 1. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA DE NUTRICIONISTAS POR SECTOR EN QUE SE DESEMPEÑA. COLOMBIA, 1985.



67 % de los profesionales percibía mensualmente entre \$41 000 y \$80 999 (US\$205-405), un 18 % devengaba menos de \$41 000 (US\$205), el 10 % entre \$81 000 y \$100 999 (US\$405-505) y solo el 5 % tenía un salario superior a \$101 000 (US\$505). Su distribución en percentiles muestra que el 30 % ganaba apenas dos y medio salarios mínimos, el 70 % menos de tres salarios mínimos y apenas el 30 % ganaba más de tres salarios mínimos vigentes.

La mayoría de los ingresos por servicios profesionales diferentes al salario provienen de consulta privada y asesorías, siendo inferiores a \$60 000 mensuales (US\$300). Al cruzar las variables salario pro-

FIGURA 2. CAMPOS DE ACCION EN QUE SE DESEMPEÑA LA MUESTRA DE NUTRICIONISTAS DIETISTAS EN SU CARGO PRINCIPAL. COLOMBIA, 1985.



medio y estudios de posgrado se encuentra una relación directa, observando una diferencia del 32 % más para los nutricionistas que los habían realizado. Al relacionar el salario promedio y carácter de la institución se observa que devengan mayor salario los nutricionistas que laboran en instituciones de carácter oficial. El 82 % de los nutricionistas indicó estar “muy satisfecho” y “satisfecho,” en las instituciones donde ejerce, y el 70 % lo está como profesional. Como causas de insatisfacción en actividades profesionales se encuentran: subestimación de la profesión, bajos salarios y falta de oportunidad de especialización o de ascenso, entre otros. Como causas por las cuales no ejerce la profesión mencionan la falta de oportunidad, la dedicación al hogar, la terminación del contrato y la dificultad para desplazarse.

Oferta de nutricionistas dietistas en Colombia 1980-1985

El objetivo de esta etapa fue determinar la productividad de los programas de formación del profesional nutricionista dietista, con base en las tasas de absorción, promoción y retención, en el período comprendido entre 1980-1985.⁴

Como puede apreciarse en el cuadro 2, para la Universidad de Antioquia la tasa de absorción oscila entre 3 y 21 %, rango considerado

⁴ Tasa de absorción es la proporción de estudiantes que se matricularon en el primer semestre del programa académico, con relación al número de aspirantes inscritos para el mismo semestre.

CUADRO 2. Tasas de absorción por año. Carrera de nutrición y dietética. Universidades oficiales. Colombia, 1980-1985.

	Antioquia			Atlántico			Nacional			Industrial de Santander		
	Inscri- tos	Matricu- lados	Tasa Ab- sorción %	Inscri- tos	Matricu- lados	Tasa Ab- sorción %	Inscri- tos	Matri- culados	Tasa Ab- sorción %	Inscri- tos	Matricu- lados	Tasa Ab- sorción %
1980	619	49	7,9	488	40	8,2	462	30	6,5	292	45	15,4
1981	235	50	21,3	844	103	12,2	858	69	8,0	250	45	35,9
1982	467	51	10,9	231	52	22,5	238	15	6,3	193	45	23,3
1983	1083	75	6,9	348	44	12,6	500	31	6,2	224	35	15,6
1984	562	36	6,4	663	90	13,6	499	76	15,2	218	35	16,0
1985	284	9	3,2	0	0	0,0	0	33	—	155	35	22,6
Total	3250	270	8,3	2574	329	12,8	2557	254	9,9	1332	240	18,0

CUADRO 3. Tasas de absorción por año. Carrera de nutrición y dietética. Universidades privadas. Colombia, 1980-1985.

	Universidad Javeriana			Universidad Metropolitana		
	Inscritos	Matriculados	Tasa absorción %	Inscritos	Matriculados	Tasa absorción %
1980	165	61	37,0	66	50	75,8
1981	141	66	46,8	79	57	72,1
1982	148	62	41,9	76	59	77,6
1983	146	64	43,8	51	43	84,3
1984	166	95	57,2	67	64	95,5
1985	150	71	47,3	49	44	89,8
Total	916	419	45,7	388	317	81,7

muy amplio, sin embargo, para la mayoría de los años las cifras están por debajo del 10 %, lo cual indica que en esta universidad hay oportunidad de una muy buena selección de estudiantes, pues en general, de 100 inscritos solo 10 son admitidos. En la del Atlántico la tasa oscila entre 8 y 22 %, y en la Nacional entre 6 y 15 %. La tasa de absorción más alta (18 %), se presenta en la Universidad Industrial de Santander.

El cuadro 3 presenta la tasa de absorción anual de las universidades privadas; en la Javeriana varió entre 37 y 57 %, con una tasa general de 46 % y en la Metropolitana la tasa oscila entre 72 y 96 %, cifras que indican muy poca oportunidad de selección de estudiantes.

El promedio de la tasa de absorción de los programas académicos de nutrición y dietética de las universidades oficiales es de 11 % y en las privadas de 56 %, lo cual denota en estas últimas muy poca oportunidad de selección de estudiantes.

En relación al volumen de inscripciones en el período estudiado, el 88 % (9713 estudiantes) corresponde a las universidades estatales y solo el 12 % (1304 estudiantes) a las privadas. El 60 % (1093) del volumen de matrículas corresponde a las primeras y el 40 % (736) a las segundas, conformando la menor oportunidad de selección en estos últimos, ya que el número de aspirantes es muy reducido y el número de matrícula muy alto.

Las tasas de promoción y retención permiten identificar aquellos semestres en los cuales los estudiantes tienen mayor dificultad para culminarlos con éxito⁵.

⁵ Se entiende por tasa de promoción, la proporción de estudiantes matriculados en un semestre de la carrera que logra promoverse al nivel siguiente en el tiempo establecido, en relación con el total de matriculados en el mismo semestre. La retención se considera como la proporción de estudiantes que se quedan en el mismo semestre, es decir, la diferencia entre 100 y la cifra que indica la promoción.

En las universidades oficiales la tasa de promoción más alta y de menor variabilidad se presenta en la Universidad de Antioquia, tasa alta y de gran variabilidad en las universidades Industrial de Santander y Atlántico, y la más baja corresponde a la Nacional. En las dos universidades privadas la tasa de promoción es más alta que en las oficiales y su variabilidad es menor debido a la ausencia de cierres y a la admisión regular de estudiantes.

En la Universidad de Antioquia, además de existir una muy buena oportunidad de selección, en el primer semestre se presenta la mayor retención, hecho favorable para que el estudiante esté en capacidad de cumplir regularmente los semestres siguientes. En la Universidad Nacional la retención más alta se presenta en el tercer semestre y en la Industrial de Santander en el quinto, situación poco favorable para el estudiante y para el programa puesto que la exigencia de este es tardía en relación con la duración de la carrera. En la Universidad del Atlántico la mayor retención se presentó en el sexto semestre, es decir, en el nivel inmediatamente anterior al período de práctica, momento en el cual las oportunidades por parte del estudiante se han reducido considerablemente para optar por otra carrera.

En la Universidad Javeriana la tasa de retención más alta se presenta en el octavo semestre, debido a la exigencia de un trabajo de grado que no todos los estudiantes cumplen en el período reglamentario. En la Metropolitana la tasa de retención más alta corresponde al sexto semestre, similar a la observada en la Universidad del Atlántico.

En los seis programas se presenta tasa de retención negativa, es decir, se promueve mayor número de estudiantes de los que corresponde específicamente a un nivel determinado, debido a que se suman aquellos que vienen de semestres anteriores. En las universidades de Antioquia y Nacional, hubo cinco semestres en que no se registraron inscripciones en el primer semestre de la carrera, debido a crisis universitarias temporales.

Productividad

En los programas académicos se calcula la productividad según la proporción de cada cohorte de estudiantes que terminan la carrera en el tiempo establecido. En una cohorte de 100 estudiantes, con base en la tasa de promoción, se calculó el número de estudiantes que se promueve de un semestre a otro en un período de ocho semestres continuos.

En las universidades oficiales el número de estudiantes que termina sus estudios en el tiempo normal de duración de la carrera es variable: en las universidades del Atlántico e Industrial de Santander, de 100 estudiantes solo 30 logran terminar sus estudios en el período reglamentario; en la Universidad de Antioquia 42 y en la Nacional escasamente 12.

Las universidades privadas son muy similares entre sí, con cifras superiores a las universidades oficiales: 41 estudiantes en la Javeriana y 40 en la Metropolitana.

Aunque en todas las universidades la tasa de promoción de un semestre a otro es alta, el número de estudiantes que logra terminar sus estudios regularmente es muy reducido, por lo cual la productividad se considera baja, ya que menos del 50 % de los estudiantes logra terminar sus estudios de pregrado en el tiempo establecido. Este hecho influye en el costo de formación de un nutricionista dietista. A medida que disminuye el número de los que logran culminar sus estudios en el tiempo de duración prescrito para la carrera, aumenta considerablemente el costo para la institución y para el estudiante. Entre los factores que influyen en la baja productividad están: cierres temporales, exigencias académicas, financiación insuficiente y falta de incentivos para terminar la carrera.

En el período estudiado en los seis programas académicos, se matricularon 1829 estudiantes y egresaron 864 profesionales (un promedio de 144 por año), número que ha aumentado considerablemente en relación al quinquenio anterior, que era de 100 por año. La mayor proporción de matriculados y de egresados corresponde a la Universidad Javeriana, siguiéndole en orden las universidades del Atlántico, Metropolitana, Antioquia, Nacional e Industrial de Santander.

CONCLUSIONES

1. Aunque el número de profesionales ubicados fue alto (80 %), la respuesta obtenida por parte de los nutricionistas dietistas no fue la esperada (42 %).

2. Del universo de nutricionistas dietistas, el 31 % se encuentra ubicado en la capital del país, el 53 % en las capitales de los departamentos y el 16 % en los municipios. Datos similares se encuentran en la muestra estudiada: 34 %, 53 % y 13 % respectivamente.

3. A pesar de la oferta de estudios de posgrado, un bajo porcentaje de profesionales lo ha realizado (21,7 %).

4. Muy pocos nutricionistas dietistas se desempeñan en cargos directivos debido en parte a la falta de oportunidad, a la estructura propia de las instituciones y a la escasa participación del profesional en el campo de la política.

5. Las funciones que con mayor frecuencia realizan los nutricionistas dietistas, en orden descendente, son: asistencial, administrativa, educativa e investigativa, siendo esta última realizada por un reducido número de profesionales.

6. La mayor oportunidad de selección de estudiantes para ingresar al programa académico de nutrición y dietética en las universidades

oficiales es, en orden descendente: Antioquia, Nacional, Atlántico e Industrial de Santander.

7. El promedio de la tasa de absorción para los seis programas de formación es 17%, muy alejado de los promedios de las universidades oficiales y privadas: 11% y 56% respectivamente. No obstante, es muy semejante a la tasa promedio de absorción de todas las disciplinas del área de la salud: 15% en el período 1975-1984.

8. El mayor volumen de inscripciones (88%) y de matriculados (60%) corresponde a las universidades oficiales. Las privadas, a pesar de tener solo el 12% de las inscripciones, matriculan el 40% del total de inscritos.

9. En el programa académico de nutrición y dietética de las universidades privadas, las tasas de promoción son más altas que en las oficiales y su variabilidad es menor.

10. Solamente dos universidades presentan tasas de retención altas en los primeros semestres, en las demás se ubican tardíamente, lo cual es inconveniente para el estudiante y para la institución.

11. En general, la productividad de los programas académicos de nutrición y dietética se considera baja, ya que menos del 50% de los estudiantes logra terminar sus estudios de pregrado en el tiempo establecido.

12. En el último quinquenio el promedio anual de egresados de nutrición y dietética ha aumentado en un 44%.

RECOMENDACIONES

Para las carreras de nutrición y dietética:

1. Buscar mecanismos tendientes a realizar una muy buena selección de estudiantes, con la asesoría de profesionales del área de ciencias del comportamiento, a fin de mejorar las actuales tasas de promoción y productividad de los programas.

2. Definir el perfil del aspirante y utilizarlo como un criterio más de selección y como estrategia de información sobre las actitudes y aptitudes indispensables para el desempeño del futuro profesional.

3. Mantener un sistema básico de información que permita realizar un seguimiento permanente de la población estudiantil y analizar las causas que están condicionando la promoción y por tanto la productividad del programa.

4. Promover en el estudiante la mentalidad gerencial a través de conocimientos, aptitudes y actitudes que lo motiven a desempeñarse en cargos administrativos y de manejo de personal.

5. Realizar, en coordinación con las asociaciones de egresados,

el seguimiento de los profesionales con el fin de obtener elementos para la revisión de los planes de estudio.

6. Fomentar y ampliar la formación avanzada para el profesional nutricionista dietista, utilizando además de la educación presencial, la semipresencial y la desescolarizada.

7. Promover la participación de docentes, profesionales en servicio y estudiantes en el campo de la investigación, para lo cual será necesario la capacitación en el método científico, la información sobre las políticas y prioridades de investigación en el país, así como el conocimiento y utilización de los recursos institucionales.

8. Crear la Asociación de Carreras de Nutrición y Dietética en el país como ente orientador y ejecutor de acciones tendientes a mantener y elevar el nivel académico de los programas de formación de nutricionistas dietistas en Colombia.

Para las instituciones empleadoras:

1. Revisar la denominación del cargo y las funciones con base en las normas legales establecidas, a fin de ubicar al profesional de acuerdo con su formación.

2. Definir los perfiles ocupacionales de acuerdo con las necesidades de la población y de las instituciones, procurando la máxima utilización del profesional.

3. Promover la elevación del nutricionista dietista mediante el desempeño en cargos directivos, obtención de salarios adecuados, creación de cargos nuevos y difusión del papel del nutricionista dietista, para lograr el reconocimiento de otros profesionales y de la comunidad.

4. Incluir dentro de las políticas de la institución la capacitación permanente del profesional nutricionista dietista en sus diferentes áreas de desempeño.

Para la Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas:

1. Mantener registros actualizados de los socios, incluyendo dirección y teléfono del domicilio y del lugar de trabajo.

2. Estudiar y definir mecanismos que permitan la caracterización específica de las funciones del profesional nutricionista dietista.

3. Establecer, en coordinación con la Asociación de Carreras de Nutrición y Dietética, mecanismos que permitan la actualización permanente del Estudio del Recurso Humano del Nutricionista Dietista en el país.

4. Realizar la cuarta etapa del Estudio del Recurso Humano del Nutricionista Dietista sobre la demanda potencial del profesional.

5. Promover y difundir los objetivos, planes y programas de ACODIN en los diversos niveles de su organización, de otras asociaciones y de las diferentes instituciones.

6. Establecer mecanismos de motivación que impulsen a los socios a participar en programas de investigación y en las actividades de la Asociación.

Para los profesionales nutricionistas dietistas:

1. Adoptar una actitud positiva ante la profesión y ante los cambios que se vayan dando en el campo de la alimentación y nutrición.

2. Asumir liderazgo en aspectos conceptuales, metodológicos y operacionales en su labor con el individuo, la institución y la comunidad.

3. Responder al compromiso asumido con las asociaciones con las cuales se vincule, de acuerdo con sus intereses y necesidades.

4. Publicar las experiencias profesionales que realice en el campo asistencial, docente, investigativo y administrativo.

BIBLIOGRAFIA

- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia. Métodos y Resultados. Bogotá, 1969.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Las Escuelas Médicas y de Enfermería Colombianas. Características, Desempeño de sus Egresados y Requerimientos Futuros. Bogotá, 1981.
- Colombia. Ministerio de Salud. Registro Sistemático de Recursos Humanos en Salud. Subsector Oficial Directo. Bogotá, 1976.
- Colombia. Ministerio de Salud. Taller Intersectorial de Nutrición y Seguridad Alimentaria. Bogotá, 1984.
- Colombia. Servicio Nacional de Aprendizaje. Educación, Formación Profesional y Empleo. Bogotá, 1984.
- Galán, R. y Torres, J. Análisis de la Demanda y Oferta Médica y Odontológica en Colombia. Bogotá, 1977.
- Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. Acuerdo No. 12 de 1980. Bogotá, 1980.
- Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. Indicadores para Evaluación. Bogotá, 1980.
- Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. Ley 80 de 1980. Bogotá, 1980.
- López, M., Jaramillo, G. y Petán, C. Aproximación al Diagnóstico de los Programas de Ciencias de la Salud dentro del Sistema de Educación Superior. Anexos 11-14-15. Bogotá, 1986.
- Moncada Bengán, O. Proyección del Recurso Humano Odontológico para el Período 1985-1995 en Colombia. Bogotá, 1985.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Formación Académica de Nutricionistas Dietistas en América Latina (Publicación Científica No. 340). Washington, DC, 1977.

BOLIVIA: SITUACION DE TRABAJO DE MEDICOS EGRESADOS DE LAS FACULTADES DE MEDICINA DE LA PAZ Y COCHABAMBA ENTRE LOS AÑOS 1981-1985

Omar Fernández¹ y Axel Kroeger²

INTRODUCCION

El aumento de la producción de médicos es un fenómeno mundial que afecta tanto a países industrializados como a países en vías de desarrollo (1). Estos últimos, con más problemas para emplear a sus profesionales jóvenes, no logran cubrir la demanda de fuentes de trabajo, convirtiéndose en exportadores de médicos y en productores de profesionales subempleados o desempleados.

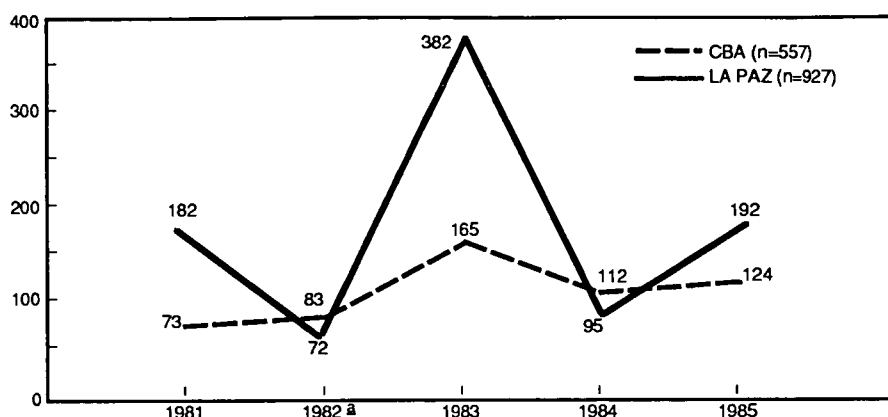
Un seminario internacional sobre la investigación de personal de salud concluyó que no existen todavía datos empíricos sobre el desempleo y/o subempleo médico (2). Este trabajo quiere presentar una primera aproximación al problema.

Para estudiar la ocupación de médicos jóvenes de Bolivia en forma cuantitativa, se realizaron entrevistas durante el año 1987, entre una muestra de egresados de las Facultades de Medicina de La Paz y Cochabamba entre 1981-1985. La figura 1 muestra el número de egresados de las dos facultades por los años que abarca el estudio. Se nota una tendencia al aumento dentro de las oscilaciones, debido, principalmente, a interferencias políticas.

El objetivo del trabajo era recoger información que permitiera estimar la magnitud del problema, con el fin de estimular la toma de decisiones que contribuyen a mejorar la situación descrita. Particularmente, se trató de obtener datos que podrían ayudar a los que ingresan a las universidades en su decisión de entrar en la facultad de medicina o no.

¹ Hospital del Niño, La Paz, Bolivia.

² Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical y Salud Pública de la Universidad de Heidelberg, Alemania Federal.

FIGURA 1. NUMERO DE EGRESADOS DE MEDICINA EN LA PAZ Y COCHABAMBA

ª En 1982 las universidades estuvieron cerradas durante varios meses por motivos políticos.

METODOLOGIA

Se escogió el período 1981-1985 porque los egresados de esos años se encuentran al comienzo de su carrera profesional o en busca de su especialización. (Hay que considerar que los estudiantes que egresaron en este período atravesaron por lo menos dos reformas académicas).

De las tres escuelas de medicina en Bolivia se excluyó la Facultad de Sucre por razones logísticas del estudio y por los cambios estructurales que actualmente afectan las zonas mineras de Bolivia.

La muestra de médicos a entrevistar se obtuvo de las listas proporcionadas por las Facultades de Medicina de La Paz y Cochabamba. Fueron escogidos al azar. De la facultad de La Paz se sorteó al 50 % (460 egresados) y de la de Cochabamba al 25 % (138 egresados).

Inicialmente se buscaron las direcciones o lugares de trabajo de los sorteados en los libros de registro del Colegio Médico y de la Universidad. Dado que las direcciones no fueron reactualizadas después de su egreso, se adoptó el método de pesquisa, es decir, cuando se encontraba a uno de ellos se le pedía que señalara las direcciones o lugares de trabajo de los colegas que conocía. Los tres investigadores médicos procuraron entrevistar a todos los sorteados personalmente, para explicar el sentido de la encuesta y despejar las posibles dudas que surgieran en alguna pregunta. A aquellos que no vivían en las ciudades, incluyendo los que se encontraban en el extranjero, se les enviaron las encuestas por correo. A los médicos que se encontraban cumpliendo su año de provincia (servicio rural obligatorio) se les entrevistó en el momento de recoger su sueldo mensual en la capital del departamento.

De los 460 médicos de la muestra de La Paz se pudo entrevistar a 222 (48,3%) y de los 138 de Cochabamba a 80 (58,0%). De toda la muestra, 133 se encontraban trabajando fuera de las ciudades (por lo general en los países vecinos de Bolivia) y 25 realizaban su servicio rural obligatorio. De los primeros se pudo entrevistar a 29 y de los últimos a 6.

En total se entrevistó a 302 médicos, lo que representa el 19% de los 1484 egresados en este período de tiempo.

La muestra obtenida inicialmente era representativa de todos los egresados de las facultades durante cinco años. Pero el alto porcentaje de no-respuestas (aproximadamente 50%), debido exclusivamente a la imposibilidad de encontrar las direcciones, introduce un sesgo en los resultados. Sin embargo, esto aparentemente no distorsionó substancialmente las tendencias indicadas.

La encuesta fue en general bien aceptada por todos los entrevistados, quienes consideraron en su mayoría que esta era necesaria para proveer información importante para la política de recursos humanos en el país.

RESULTADOS

Procedencia de los médicos entrevistados

La figura 2 muestra la procedencia de los entrevistados, considerándose como área rural a las poblaciones menores de 2000 habitantes; como pueblos a poblaciones entre 2000 y 20 000 habitantes, y como ciudades a poblaciones mayores de 20 000 habitantes.

Aunque un 60% de la población boliviana vive fuera de las ciudades, solo un 10% de los médicos procede de esas áreas.

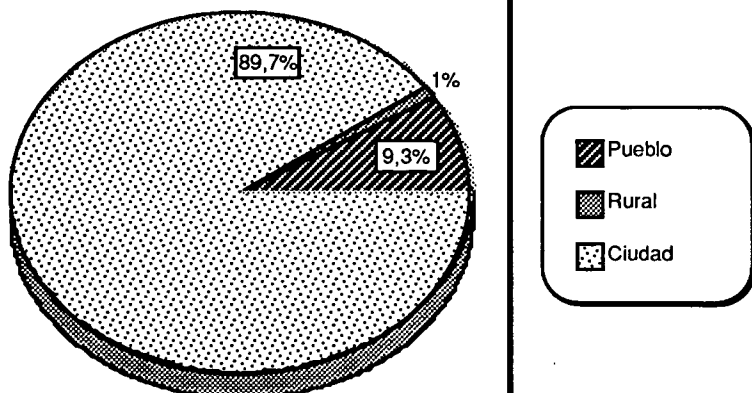
Características socioeconómicas

El 69,1% de los médicos entrevistados eran hombres y 30,8% mujeres, lo que no coincide con tendencias en otras universidades latinoamericanas, en donde la proporción de mujeres en la carrera médica ha sobrepasado la de los hombres (3).

Las dos terceras partes de los entrevistados tienen familias que alimentar y educar. De un total de 302, 184 son casados (60,9%); 106 solteros (35,1%) y otro estado civil 12 (4,0%).

La educación secundaria que habían recibido los médicos era: privada 67,7% y estatal 32,3%. Como se aprecia, la mayoría procede de colegios privados. Además, se encontró que el 91% de los médicos entrevistados fueron financiados durante los estudios por sus familias y menos de un 1% se autofinanció.

FIGURA 2. PROCEDENCIA DE LOS MEDICOS ENTREVISTADOS.



(n=302)

En otras palabras, los estudiantes de medicina provienen principalmente de familias con buenos recursos económicos y proceden de las ciudades, lo que explica, en parte, su tendencia a quedarse en ellas.

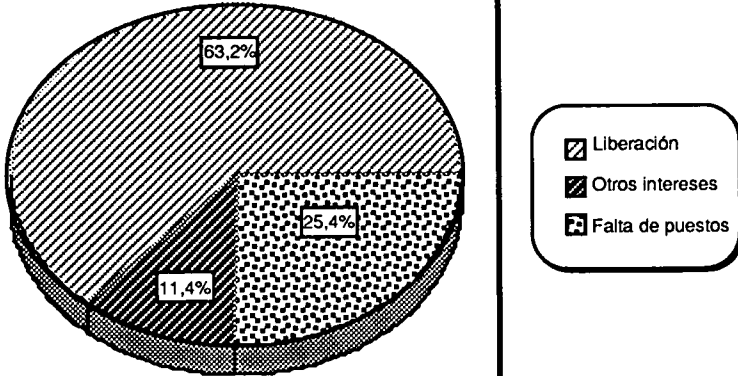
Año de provincia

El año de provincia (servicio rural obligatorio) fue realizado por un 40,1% de los médicos entrevistados, 2,4% se encontraban realizándolo, y el resto, 57,5% no cumplió. Esto significa, que pese a la obligatoriedad del año de provincia menos de la mitad cumple con él. Las razones están señaladas en la figura 3.

La llamada "liberación" del año de provincia, se debe en parte a otros intereses del egresado y en parte a la falta de puestos de trabajo. El 25% de los entrevistados indicó no poder cumplir con el año de provincia por no existir puestos³. Por otra parte, algunos de los que no cumplieron

³ Según estadísticas oficiales, en el año 1986 existían 380 puestos para el año de provincia y 419 egresados de las tres facultades de medicina.

FIGURA 3. RAZONES POR LAS QUE LOS MEDICOS NO CUMPLIERON CON EL SERVICIO RURAL OBLIGATORIO



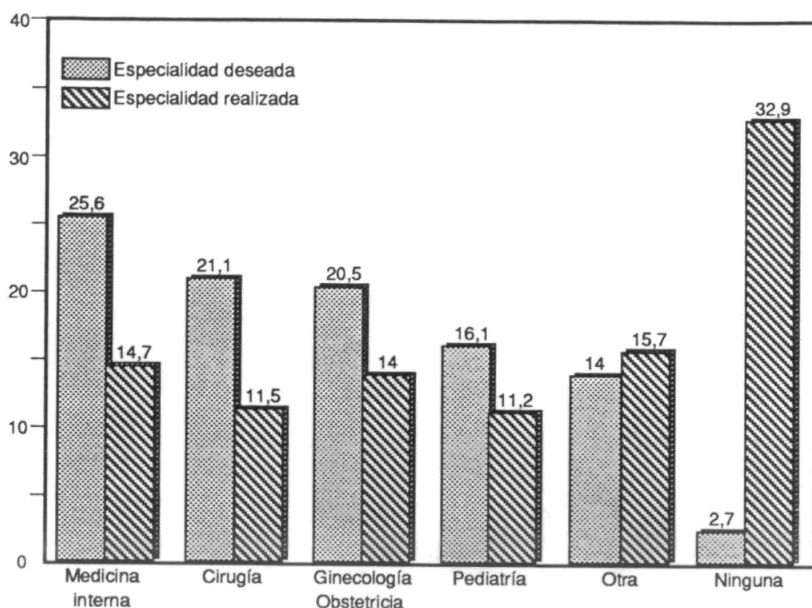
(n=173)

con el servicio rural obligatorio fueron absorbidos en áreas suburbanas con atención primaria de salud.

Especialización

En la figura 4 se observa la distribución de las especialidades que deseaban seguir los médicos antes de la culminación de sus estudios y de las especialidades que siguieron o que en el momento de la encuesta estaban cursando. (Existe la posibilidad que varios médicos ya hubiesen olvidado en el momento de la entrevista las especialidades que habían deseado anteriormente). El 33% de los egresados no pudo comenzar ninguna especialización y el 67% no pudo realizar sus deseos de una especialización específica. Esto último podría deberse a cambio de intereses, y

FIGURA 4. PROPORCION DE ESPECIALIDADES DESEADAS Y REALIZADAS



particularmente a falta de puestos de residentes (médico en entrenamiento en una especialidad).

Llama la atención el interés muy reducido en salud pública, la cual se encuentra entre “otra” especialidad.

El cuadro 1 muestra los lugares donde realizaron o están realizando la especialización. Este cuadro refleja que uno de cada tres egresados sale del país para cursar la especialización. Esta tendencia es más marcada en Cochabamba, donde el mercado de trabajo absorbe menos médicos que en La Paz. Los países latinoamericanos que reciben más médicos bolivianos son Argentina, Brasil, Chile y México. Estos países ofrecen diversas condiciones para aceptarles, por ejemplo: igualdad de condiciones en el trabajo con los nacionales; beca-trabajo (baja remuneración económica); solo comida y vivienda; sin remuneración alguna; solo como médico visitante.

La diferencia entre los hombres y mujeres sin especialización no era estadísticamente significativa.

Las instituciones donde los médicos entrevistados realizaron/realizan la especialización se muestran en el cuadro 2.

El estado, a través de sus instituciones, es el que más acoge a los recién graduados para su entrenamiento de posgrado, seguido por la Seguridad Social. Sin embargo, cabe anotar que en las instituciones estatales hay médicos que trabajan *ad honorem* esperando un puesto remunerado.

CUADRO 1. Lugar de la especialización.

Lugar	No. ^a	%
Bolivia		
La Paz	90	48,6
Cochabamba	29	15,7
Santa Cruz	1	0,5
Otros países en:		
Latinoamérica	47	25,4
Norteamérica	10	5,4
Europa	6	3,2
Australia	2	1,2
Total	185	100,0

^a 55,3% de los egresados de Cochabamba y 23,7% de La Paz salieron a otros países.

CUADRO 2. Institución de la especialización.

Institución	No.	%
Estatal	124	58,7
Seguridad social	76	35,9
Privada	10	4,9
Otra	1	0,5
Total	211	100,0

Ocupación después del egreso

El cuadro 3 muestra la proporción de médicos (incluyendo residentes) que trabajaron/trabajan después de su egreso con dedicación exclusiva en diferentes instituciones.

El alto porcentaje de dedicación exclusiva en los hospitales del Ministerio de Salud y de la Seguridad Social es debido a los residentes. Llama la atención que un 20% de los médicos egresados en este período se dedicaron/dedican exclusivamente a la consulta privada. Sin embargo, algunos de ellos tienen otra fuente principal de ingresos, como se ve a continuación.

Fuente de ingreso

Una de las preguntas claves de la encuesta se refirió a la fuente principal de ingreso actual de los médicos entrevistados.

El 40% de los entrevistados tenía una fuente de ingreso principal distinta de su profesión médica. Este es el resultado más importante de

CUADRO 3. Proporción de médicos con dedicación exclusiva según institución.

Lugar	No. ^a	%
Ministerio de Salud	190	84,0
Seguridad Social	45	75,0
Clínica privada	78	67,0
Consultorio privado	18	20,0

^a Un médico puede haber tenido más de un empleo después de su egreso.

CUADRO 4. Fuente principal de ingreso de los médicos egresados de La Paz y Cochabamba.

Fuente de ingreso	No.	%
Ministerio de Salud	51	16,9
Seguridad Social	31	10,6
Consulta privada	39	13,0
Otras actividades médicas	29	9,6
Trabajos médicos ocasionales	31	10,0
Familia	85	28,2
Negocios	31	10,3
Ahorros	4	1,4
Total	301	100,0

la encuesta, que muestra que una gran parte de los médicos jóvenes no se mantienen con la profesión.

Adicionalmente, hay que tener en cuenta que solo 27,5% de los entrevistados tenían como fuente de ingreso principal su trabajo en el Ministerio de Salud o la Seguridad Social. Esto significaría que el sueldo que reciben de esas instituciones (actualmente, alrededor de US\$200 dólares por tiempo completo), no alcanzaría para las necesidades de toda la familia. Además, una buena parte trabaja solo medio tiempo.

Analizando los egresados de La Paz y Cochabamba en forma separada, se nota entre los últimos peores condiciones de trabajo. El 67% de los egresados de Cochabamba viven de la familia, los negocios o ahorros, mientras que solo el 30,0%, de los egresados de La Paz viven de estas fuentes. Para los de Cochabamba, los trabajos médicos ocasionales eran la fuente principal de ingresos de su profesión (16%).

La situación actual de muchos no da seguridad para el futuro, ya que los residentes tienen contratos limitados hasta la conclusión de su especialización, quedando posteriormente sin perspectivas de trabajo en la institución donde hicieron su posgrado.

Opiniones sobre el mejoramiento del subempleo médico

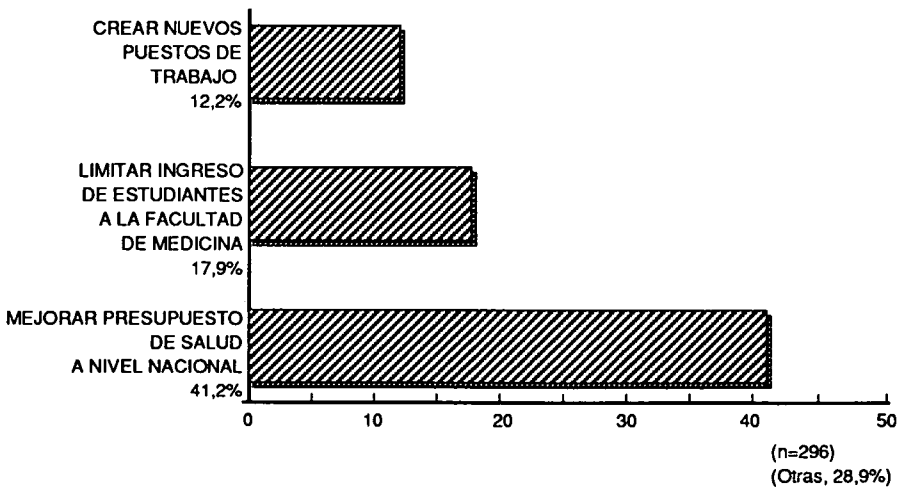
En la figura 5 se aprecia la distribución de las respuestas a la pregunta “cómo mejorar la situación de trabajo de los médicos”, que fueron dadas como primera alternativa entre nueve posibilidades: Mejorar los salarios; mejorar el presupuesto de salud; mejorar la infraestructura hospitalaria; crear nuevos puestos de trabajo; más puestos de especialización; ingreso limitado a la Facultad de Medicina; posgrado en el extranjero; privatización de la medicina; socialización de la medicina.

Destaca la tendencia a considerar que lo más importante, según los entrevistados, sería aumentar el presupuesto de salud (en el año 1987 era el 1,9% del presupuesto nacional (4), que es bajo comparado con otros países de América Latina). En segundo lugar se mencionó el ingreso limitado de estudiantes a la Facultad de Medicina, pues la entrada masiva de estudiantes constituye un problema en Bolivia, al igual que en otros países de la Región. Sin embargo, esta propuesta —hecha frecuentemente en círculos médicos— no ha hallado eco en la política universitaria. En tercer lugar está la creación de nuevos puestos de trabajo, que estaría incluida dentro del mejoramiento del presupuesto de salud.

CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación no permitieron hacer una clara distinción entre desempleo y subempleo médico, particularmente

FIGURA 5. OPINIONES SOBRE COMO MEJORAR LA SITUACION DE TRABAJO DE LOS MEDICOS



con respecto a los trabajos médicos ocasionales y a los médicos que trabajan *ad honorem*.

Aunque no se precise la separación entre subempleo y desempleo, resulta alarmante que el 67% de los egresados en Cochabamba y 30% en La Paz no vivan de su profesión, sino que tengan otras fuentes de ingreso o que los mantengan sus familias.

Los médicos que salen al exterior (55% de Cochabamba y 24% de La Paz) también tienen que mantenerse de sus ahorros o de auxilios familiares. A estos se agregan los residentes en hospitales del Ministerio de Salud y de la Seguridad Social, quienes al finalizar su contrato pasan a alimentar la masa de los médicos subempleados y desempleados.

El diseño de este estudio es básicamente transversal; no permite calcular la probabilidad que tiene cada médico egresado (de acuerdo a sus características personales y profesionales) de encontrar un empleo fijo en un período determinado. Este tipo de información, que se puede obtener a través de un estudio longitudinal, permitiría estimar con más exactitud el tiempo que transcurre mientras que la esperanza de empleo o perfeccionamiento profesional del egresado se hace realidad, y la proporción de ellos que nunca obtendrá un empleo fijo.

Bolivia podría emplear todavía mas profesionales de la salud porque la razón médico/población a nivel nacional es insuficiente. En el año 1987 se llegó a 5020 en el registro de médicos en Bolivia (4). Sin embargo, los registros del Colegio Médico de Bolivia no han eliminado de sus listas a los que fallecieron ni a los que están fuera del país, o no ejercen la profesión. Por razones prácticas, se calcula este número en 4000, y la población en 5,5 millones. Así se determina un promedio de un médico por 1375 habitantes. En zonas rurales se encuentra hasta 10 000 habitantes por médico; en la ciudad de La Paz, aproximadamente 500 habitantes por médico. Sin embargo, un estudiante que entra a la Facultad de Medicina no debería basar su futuro en esta esperanza, sino reconocer los resultados de nuestro estudio en la toma de decisiones.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las Facultades de Medicina de La Paz y Cochabamba por haber facilitado las listas de egresados. El trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo del Colegio Médico, particularmente del Dr. Eduardo Arando. Una parte de las entrevistas fue realizada por la Dra. Ada Armaza (Cochabamba) y el Dr. Pablo Salón. A todos estos colegas queremos expresar nuestra gratitud.

REFERENCIAS

- 1 Bankowski, Z. y Fülöp, T. (eds.). Health manpower out of balance: Conflicts and prospects. Council for International Organizations of Medical Sciences. Francia, 1987.
 - 2 Informe Final del I Seminario Regional de Investigación de Personal de Salud. *Educ Med Salud* 21(3), 1987.
 - 3 Meerhoff, R. Investigación en personal de salud: Egresados de la facultad de medicina de la Universidad de la República, Uruguay. *Educ Med Salud* 21(3), 1987.
 - 4 Archivos del Colegio Médico Boliviano (documentos no publicados).
-

RESEÑAS

MODELO DE ENSEÑANZA PARA LA ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA

Efraín Shor Pinsker¹ y Rosaura Rosas Vargas¹

INTRODUCCION

Para la adecuada formación de recursos humanos al nivel de especialización en el área de la pediatría, se requiere de la estructuración e implementación de un plan de estudios, delimitado y orientado por un adecuado perfil profesional, el cual debe estar acorde con las necesidades y las prioridades de salud tanto nacionales como sectoriales e institucionales.

Dicho plan es fundamental en el diseño de los programas educativos que, puestos a consideración y operación de docentes y alumnos, permitan cumplir de manera ordenada los objetivos académicos que previamente se han delineado, así como diseñar sistemas de evaluación congruentes con los programas que hagan factible a su vez su retroalimentación y validación continua y, con ello, determinar la efectividad y operatividad del sistema de enseñanza.

Para lograr la integración de un modelo de enseñanza para la especialización en pediatría médica acorde a las necesidades de salud de los niños, es necesario el estudio y la consideración de numerosas variables, entre las que deben figurar: las características de la pirámide poblacional del país y sus perspectivas futuras; la morbilidad y mortalidad por causas en las diferentes etapas pediátricas; la cobertura de servicios asistenciales, y el grado de exposición a factores de riesgo y sus asociaciones determinantes del proceso salud-enfermedad. En los países en vías de desarrollo, caso de México, las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil están directamente relacionadas con la alta prevalencia de enfermedades

¹ Subdirección General de Enseñanza. Instituto Nacional de Pediatría, México.

infectocontagiosas, aunadas a las deficientes condiciones de vida de una gran parte de la población, entre las que puede citarse: malnutrición, hacinamiento, contaminación ambiental, desempleo, bajo ingreso económico, educación deficiente y difícil acceso a los servicios de salud.

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ENSEÑANZA EN PEDIATRIA

La elaboración de programas al nivel superior y de especialización en esta área, debe apoyarse en un marco referencial teórico ideal y una propuesta mínima de aprendizaje, ambos concebidos y estructurados con un enfoque tanto sistemático como metodológico.

La secuencia para la elaboración de un programa es la siguiente:

- Diagnóstico de necesidades en materia de salud, tanto nacionales como sectoriales e institucionales, valorando la pirámide poblacional, principales causas de morbilidad y mortalidad por grupos de edad y factores de riesgo a los cuales está expuesta la población objetivo.
- Formulación de objetivos educacionales, los cuales se convierten en metas de destrezas y actitudes para la resolución de problemas concretos de práctica profesional y pediátrica.
- Selección de los contenidos académicos, los cuales se traducen por la elección de conocimientos de ciencia básica y de clínica médico-quirúrgica, necesarios para cubrir los requisitos mínimos, pretendiendo alcanzar, mediante ajustes y aproximaciones sucesivos, el marco teórico ideal.
- Selección de actividades de aprendizaje en los servicios, mediante la asistencia a las áreas clínicas en la práctica cotidiana y en la complementaria (guardias).
- Determinación de las áreas que se pretenden evaluar de los contenidos académicos, actitudes, destrezas y capacidades de investigación y docencia.
- Organización de un marco referencial, el cual se relaciona con el análisis de los propósitos del plan, necesidades de salud y determinantes sociales, áreas de formación, nociones básicas por área, elaboración de un mapa temático y la integración del proceso enseñanza-aprendizaje.
- Diseño del programa, que consiste en la relación de las principales características del curso, las nociones básicas que se desarrollarán, las relaciones que guardan las materias con las precedentes y las consecuentes a ellas y, en base a todo esto, objetivos

terminales concretos en las áreas clínica, quirúrgica, de patología, de apoyo diagnóstico o terapéutico, etc.

INSTRUMENTACION DIDACTICA

Es necesario tomar en cuenta las condiciones particulares de un grupo escolar en función del momento de la *asimilación*, que está dada por prácticas educativas en las que se presenta al alumno una nueva información (exposición o material de apoyo) y el momento de la *acomodación*, que está representado por la discusión de un contenido dado. Se deberá buscar un equilibrio entre ambos momentos, por lo que la organización de estas actividades deberá contemplar una fase de *apertura*, (la síntesis inicial, que deberá dar una visión global del fenómeno a estudiar); una fase de *desarrollo* (identificación del problema central); y una fase de *culminación*.

Planificar la evaluación de los resultados obtenidos implica establecer los criterios en los que esta se basará; sus etapas y sus formas de desarrollo. Esto se logra mediante el análisis de los objetivos terminales y la determinación de una serie de evidencias, como son: participación en seminarios y talleres; trabajos, ensayos, práctica clínica, informes, investigaciones, etc., que no solamente exijan reproducción de la información.

En este sentido, la evaluación, entendida como comprobación de la congruencia entre resultados y objetivos, constituye un proceso sustancial al de enseñanza-aprendizaje, que permite no solo evaluar el rendimiento del alumno, sino que, por sus posibilidades de retroalimentación, aporta información significativa sobre el desempeño del docente y sobre la calidad de la organización y selección del material de aprendizaje.

SISTEMA DE ENSEÑANZA INTEGRADA

Para ser coherentes con la concepción de enseñanza-aprendizaje descrita, se debe organizar el proceso educativo con base en actividades profesionales concretas, mediante un sistema de enseñanza integrada que logre una complementación entre la información y la acción. Se puede conseguir la capacitación gradual del profesional, con enfoque y participación multidisciplinarios e interdisciplinarios, ordenados secuencialmente mediante la estructuración de módulos que, en un lapso flexible, permitan al alumno alcanzar capacidades, destrezas y actitudes para desempeñar funciones profesionales específicas.

OBJETIVOS GENERALES DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA

Al término del curso, el alumno será capaz de:

- Valorar al niño durante sus etapas de crecimiento y desarrollo, tanto en condiciones normales como en sus principales desviaciones.
- Considerar al niño y al adolescente como ser social y, por lo tanto, integrante y dependiente del grupo familiar, de la comunidad y del medio ambiente a los que pertenece.
- Valorar, diagnosticar, prevenir, tratar y rehabilitar integralmente a los pacientes con la patología más frecuente en esa etapa de la vida.
- Reconocer, diagnosticar, prevenir, tratar y, en su caso, remitir a los pacientes con patología pediátrica de alta complejidad.
- Efectuar los procedimientos técnicos pediátricos con la habilidad y destreza necesarias propias de esta especialidad.
- Desarrollar programas de investigación en el área pediátrica.
- Desarrollar programas de enseñanza en el área pediátrica.
- Implementar sistemas técnicos administrativos idóneos para el ejercicio de la pediatría en los diferentes niveles de atención de la salud.

CONTENIDOS ACADEMICOS

El plan de estudios está integrado por 27 módulos, estructurados a partir de un contenido académico básico.

La estrategia de enseñanza-aprendizaje permite que el médico residente conozca anticipadamente los temas a tratar, se involucre en los eventos y mesas de discusión coordinada, tanto en los servicios como en las actividades docentes programadas y reciba información bibliográfica básica y complementaria.

Todo lo anterior significa que los criterios de evaluación en cuanto al aprendizaje de los contenidos se estructuran considerando el aprendizaje en servicio y el aprendizaje durante los eventos académicos programados.

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

A lo largo del curso de especialización, el alumno tendrá por obligación elaborar cuando menos un trabajo de investigación clínica, el

cual estará estructurado según las normas institucionales establecidas y cuyo producto final tendrá que ser aprobado por el Comité de Investigación. Dicho trabajo deberá ser incorporado al programa de investigación, en alguna de sus diversas líneas propuestas, y formará parte del acervo académico y bibliográfico de la institución.

OPINIONES SOBRE USO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y ALCOHOLISMO ENTRE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS¹

Guilherme Luiz Guimarães Borges²

INTRODUCCION

El consumo de bebidas alcohólicas y su repercusión sobre la salud pública ha recibido creciente atención de las autoridades de salud de diversos países y de los organismos internacionales en la última década. El problema se ha venido agravando en los últimos años dado el gran incremento en la producción de bebidas alcohólicas que se ha observado en la mayoría de los países. Aunque es difícil cuantificar la magnitud de las personas que sufren del síndrome de dependencia del alcohol, con fines de determinar su importancia relativa en la morbilidad general, otras consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas sobre la mortalidad (por ejemplo, la cirrosis hepática), han demostrado su contribución al perfil epidemiológico actual de las poblaciones, incluyendo a México.

Se han utilizado múltiples estrategias para tratar de lograr una mejor comprensión del alcoholismo, aunque, en términos generales, se puede decir que la investigación epidemiológica ha sido predominantemente descriptiva y todavía es poco lo que se conoce sobre este importante problema.

La presente investigación tuvo por objetivos proporcionar estimaciones del consumo y actitudes sobre el uso de bebidas alcohólicas en cuatro facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), e introducirse en las percepciones y conocimientos que los estudiantes tienen sobre el consumo de bebidas alcohólicas y el alcoholismo.

¹ Investigación financiada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, y asesorada por la Maestra en Psicología Guillermina Natera.

² Profesor del Departamento de Psicología Social. División de Estudios Profesionales. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

MATERIALES Y METODO

La investigación se realizó por medio del llamado "Método del Informante", el cual está basado en un procedimiento antropológico del que se sirvió el Dr. E.M. Jellinek para el estudio epidemiológico del alcoholismo. Básicamente, este método es un procedimiento que busca sustituir la respuesta individual a un cuestionario, tal y como se realiza en las encuestas de hogares, por una respuesta consensual de grupo. Esto se logra reuniendo cinco o seis personas de un mismo grupo profesional, que en una única sesión discuten las preguntas del cuestionario y llegan así a respuestas de consenso que expresan la opinión de los entrevistados.

En nuestro caso, el procedimiento para formar la muestra consistió en identificar la materia básica con más alumnos inscritos para cada semestre, sortear los grupos escolares a partir de estas materias manteniendo una proporción entre el número de alumnos de cada facultad y semestre y el número de grupos de trabajo necesarios. Una vez sorteado el grupo escolar, se pidió al profesor responsable que indicara un alumno regular y constante que fungiera como informante principal. Si este alumno aceptaba la función, se le adiestraba en el uso del cuestionario y se le encargaba que reuniera a cinco compañeros del salón de clases para contestar el cuestionario en un día fijado especialmente para este propósito. El informante principal hace una cita con sus compañeros, y cuando se reúnen toma la dirección de la discusión, lee las preguntas, coordina al grupo y dirige las discusiones con el objetivo de lograr respuestas consensuales a las preguntas y, por fin, anota las contestaciones.

Se utilizó un instrumento de tipo autoaplicable con un total de 81 reactivos, la mayoría de los cuales son de opciones cerradas. Estos reactivos cubren diferentes áreas del uso, consumo y actitudes hacia las bebidas alcohólicas:

- Consumo de bebidas alcohólicas.
- Lugares y actividades donde se consume.
- Relación entre el estudio y el consumo.
- Actitudes hacia la bebida y el bebedor.
- Características del acto social de beber.
- Actitudes hacia la bebida, la abstinencia y la tolerancia.
- Conocimiento general sobre los efectos del consumo.
- Problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas.

Como se ha comentado, los resultados que se presentan a continuación expresan la opinión consensual de los alumnos participantes y el análisis es básicamente descriptivo. En los casos en los que el grupo no puede llegar a una respuesta consensual sobre la pregunta, esto se indica en la opción llamada "no acuerdo".

Como se puede observar en el cuadro 1, la población lega

CUADRO 1. Definiciones del término "alcohólico".

Grupos	1	2	3	4	5	6	Total
Legos (%)	12,5	—	18,8	62,5	—	6,3	57,1
Especiali- zados (%)	8,3	—	33,3	25,0	—	33,3	42,9
Total (%)	10,7	—	25,0	46,4	—	17,9	100,0

1. Se emborracha a diario.
2. Se emborracha algunas veces.
3. Su borrachera perjudica su economía, posición social y salud.
4. No puede detenerse después de dos tragos y debe continuar hasta emborracharse.
5. No se usa el término alcohólico.
6. No acuerdo.

Legos (Economía y Contaduría) = 16 grupos
 Especializados (Medicina y Psicología) = 12 grupos.

opina, mayoritariamente, que se tiende a definir al alcohólico como aquel que no puede detenerse una vez que inicia la ingesta. En la población especializada, lo primero que llama la atención es la gran dificultad de los grupos para ponerse de acuerdo, ya que el 33% de las respuestas caen en este rubro; enseguida, se observa, entre esta misma población, que se define al alcohólico por las consecuencias económicas, sociales y sobre su salud.

Como se puede observar en el cuadro 2, ambas poblaciones coinciden en señalar que las áreas principales en donde se notan los efectos

CUADRO 2. Efectos nocivos del alcohol.

Grupos	1	2	3	4	5	6
Legos (%)	93,8	56,3	50,0	31,3	37,5	50,0
Especializados (%)	100,0	66,7	58,3	16,7	25,0	58,3
Total (%)	96,4	60,7	56,3	25,0	32,1	53,6

1. Físicos.
2. Psicológicos.
3. Familiares.
4. Laborales y escolares.
5. Económicos.
6. Sociales inespecíficos.

Legos (Economía y Contaduría) = 16 grupos
 Especializados (Medicina y Psicología) = 12 grupos.

nocivos del alcohol son, en orden de importancia, la esfera física, la psicológica, la familiar y la social. En el análisis de contenido realizado, se pudo observar que es sobre todo en la esfera física en donde la población especializada da respuestas más específicas sobre los efectos del consumo de bebidas alcohólicas.

DISCUSION

El Método del Informante busca ser una alternativa a la metodología de las encuestas cuando se cuenta con limitaciones de recursos económicos y técnicos (como el uso de computadoras), de tiempo o para la obtención de la información mínima necesaria para realizar un muestreo probabilístico. Si la investigación no tiene por objetivo la búsqueda de casos y si el nivel de conocimiento en el área es muy limitado, se recomienda el uso del método como una forma rápida y económica de proporcionar una imagen introductoria y descriptiva de la comunidad. Estas limitaciones generales son las que hay que considerar para comprender el uso que se pueda dar a los datos de la presente investigación.

En general, no es muy significativa la diferencia entre las contestaciones de las poblaciones legas y las especializadas. Sobre este fondo general de similitud surgen las diferencias secundarias en la mayoría de las preguntas contestadas. La población lega define al alcohólico, en mayor medida, por su incapacidad de detenerse, mientras que la especializada lo hace por las repercusiones en su salud y en la sociedad. Ambos grupos creen que el alcohol es un estimulante; consideran en forma indistinta al alcohólico como débil de carácter y enfermo, y están mayoritariamente conscientes de que el consumo inmoderado de alcohol puede producir accidentes de tránsito. La población especializada es un poco más categórica al afirmar que la persona no deja de embriagarse por hacer un juramento; es más pesimista en cuanto a la posibilidad de que alguien se cure con un tratamiento, y rechaza en mayor medida la probabilidad de que un compañero con problemas de alcoholismo hiciera uso de un centro de tratamiento en la UNAM. Esta población, por último, opina en mayor medida que el consumo de bebidas alcohólicas no es un problema en sus facultades.

Así, independientemente de la preparación técnica específica de estos grupos, la "subcultura del alcohol" es algo que parece permeabilizar a toda la población y de la que no son inmunes los estudiantes de Medicina y de Psicología. Otra posibilidad, que no se ha explorado aquí, es la de si el currículo de las escuelas de Medicina y de Psicología esté fallando en la preparación de sus alumnos.

En México, las investigaciones al respecto son escasas y no se ha dado la importancia necesaria al estudio de otros grupos técnicos que

también participan en el tratamiento de sujetos con problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas —como personal de enfermería, nutrición, etc. Es recomendable realizar investigaciones más comprensivas, que abarquen diferentes grupos de profesionales y estudiantes, y que proporcionen no solo cifras de prevalencia de consumo en estos grupos, sino que además provean información sobre las actitudes y percepciones hacia el alcohólico, el alcoholismo y otros problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas.

NOTICIAS

PROPOSTA DE REORIENTACION DE LA EDUCACION PERMANENTE EN SALUD

Las actividades de cambio educacional para personal que labora en los servicios de salud de América Latina, sobre las que se ha informado ya en esta revista, han continuado en distintos países de la Región. Algunos eventos importantes son los siguientes:

- Taller de implementación de la propuesta de educación permanente en las unidades sanitarias de Bolivia. Tuvo lugar en Cochabamba en mayo pasado y reunió a autoridades ministeriales del nivel central, así como a grupos del nivel intermedio decisorio de las distintas unidades de salud del país. Se discutió en detalle el proceso metodológico esencial de la propuesta de reorientación, el cual está siendo instrumentado por el Ministerio de Salud de Bolivia.
- Capacitación pedagógica de facilitadores del proceso. Se inició con un curso-taller dedicado a los responsables a nivel regional y local en los seis países de Centroamérica, sobre las distintas etapas y alcances del proceso pedagógico. El evento tuvo lugar en Honduras, con el apoyo técnico del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS y el apoyo financiero del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, dentro de las actividades del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá.
- Grupo de trabajo sobre investigación educacional en apoyo de los procesos de educación permanente en los servicios. Tuvo lugar en Washington, DC, con la participación de tres consultores del área de servicios, educación e investigación respectivamente, bajo la coordinación de personal del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS. Tuvo como propósito la elaboración de un instrumento de trabajo que abra espacios para la investigación de tipo participativo, en la búsqueda de modalidades y mecanismos para propiciar el aprendi-

zaje en estrecha articulación con el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS). Por otra parte, distintos grupos de trabajo a nivel nacional están siendo organizados y han comenzado sus trabajos alrededor de proyectos específicos de investigación en el área educativa. Estos grupos están siendo organizados y promovidos en Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile y Honduras hasta el momento.

- Los fascículos sobre Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas, han sido publicados y distribuidos por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS —dentro de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos— de conformidad con el calendario previsto a mediados de 1988. Distintos grupos de trabajo nacionales e internacionales han volcado en estos fascículos toda su experiencia y el producto de su trabajo productivo en estos campos. Así, hasta la fecha de entrar en imprenta este número de *Educación Médica y Salud*, se han publicado ocho fascículos, restando únicamente uno para completar la serie. Se da más información en la sección sobre Libros de este mismo número. El trabajo se debe al esfuerzo de grupos de Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y PASCAP.

II CURSO INTERNACIONAL DE ESPECIALIZACION EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La Fundación Oswaldo Cruz y la Escuela Nacional de Salud Pública del Ministerio de Salud del Brasil programaron el segundo curso sobre el tema, para desarrollarse del 14 de agosto al 21 de octubre pasados de 1989. En esta ocasión, el área de concentración es Metodología de la Investigación.

El objetivo del Curso es capacitar profesionales del área de recursos humanos para el desempeño de funciones y actividades de investigación, propiciando la comprensión crítica de los aspectos políticos, sociales y económicos de la fuerza de trabajo en salud. Tiene una duración de 10 semanas, y forma parte del programa regional de capacitación avanzada en este campo, iniciado en 1988 en varios países del continente. El programa se desarrolló en base a cinco unidades:

- Políticas sociales y políticas de recursos humanos en las Américas (80 horas).
- Fundamentos de los estudios sobre fuerza de trabajo en salud (80 horas).
- Seminarios por los alumnos, realizando estudios sobre aspectos

económicos y demográficos en recursos humanos, utilizando recursos de informática (80 horas).

- Aspectos sociológicos de la organización de las profesiones de salud (80 horas).
- Segunda serie de seminarios de los alumnos: realización de estudios sobre sociología de las profesiones, utilizando metodologías cualitativas (80 horas).

El curso fue coordinado por el Dr. Roberto Nogueira y contó con el apoyo técnico y financiero del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS. Un informe sobre el curso y sobre los resultados obtenidos será publicado próximamente en esta revista.

II CURSO SUBREGIONAL DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA CENTRO AMERICA Y PANAMA

En futuro número de esta revista publicaremos información importante sobre el evento de la referencia, que recién se ha iniciado en la subregión centroamericana. El programa tiene una duración prevista de 14 meses, con semanas introductorias teóricas en Costa Rica, Honduras y Nicaragua, seguidas de trabajos de aplicación práctica en los ambientes de trabajo y centrados en la confrontación con problemas habituales. El evento ha sido preparado y organizado por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS; en su ejecución se ha contado con la participación y apoyo de PASCAP.

IN MEMORIAM

FRANCISCA HERNANDEZ DE CANALES

Francisca de Canales constituye uno de esos raros ejemplos de entrega total al trabajo y al servicio de los demás. Con una formación básica en Enfermería a nivel de Licenciatura, con postgrados en Administración, Educación y Enfermería Médico-Quirúrgica, y con una extraordinaria capacidad para el estudio y la autoformación acerca de los problemas del desarrollo de recursos humanos, Paquita de Canales llevó a cabo una amplia cadena de labores en los campos técnico y administrativo en salud; en los últimos seis años, fue pilar fundamental de la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hacia los países centroamericanos, a través de PASCAP.

Se desempeñó como docente universitaria en la Facultad de Ciencias Médicas y especialmente en el Departamento de Educación en Enfermería, del cual ocupó la Dirección en un reciente período administrativo. Formó parte asimismo de distintas comisiones asesoras y de trabajo de la Facultad y de la Rectoría de la Universidad Autónoma de Honduras; en este rubro, fue elemento decisivo de apoyo en la reestructuración técnica y administrativa de la Facultad así como en las reformas curriculares periódicas del Departamento de Enfermería.

Con la OPS, Paquita formó parte de grupos de consulta a nivel central en Washington, DC, a nivel de países en Argentina, México y Colombia; pero fue en el ámbito de la subregión centroamericana y particularmente en Honduras, su país natal, donde ella volcó su enorme capacidad creadora, su habilidad organizativa y su talento para convertir propuestas en realizaciones, para transformar el discurso en acciones reales, todo en un marco de discreción, modestia y humildad en el cual no tuvieron cabida los envanecimientos ni la búsqueda de beneficios personales.

En el campo de la investigación, Paquita coordinó un estudio centroamericano sobre Fuerza de Trabajo en Salud que involucró a cuatro países; coordinó un Grupo de Referencia en Investigación que desde su sede en Honduras se proyectó hacia los seis países del área; apoyó la formulación y el diseño de estudios e investigaciones en el campo educacional en Guatemala, Costa Rica y Nicaragua; preparó y puso en práctica, con dos connacionales suyas, un modelo de capacitación en metodología de la investigación con el cual fueron capacitados más de 600 funcionarios de los Ministerios de Salud y las Universidades de Centroamérica. Como académica, coordinó un grupo de autoras hondureñas para la preparación y publi-

cación de un Manual de Metodología de la Investigación, de amplia utilización en las Américas; publicó un Manual de Planificación de Recursos Humanos y un instrumento metodológico para la formulación de Políticas de Recursos Humanos; conjugó a un grupo hondureño y a otro nicaragüense para participar en los esfuerzos multipaíses de reorientación de la educación permanente del personal de salud, para preparar una estrategia de realimentación, seguimiento y monitoreo de los procesos capacitantes en los servicios de salud, que fue publicado como uno de los Fascículos de Educación Permanente de la OPS; publicó además varios documentos de investigación y experiencias de trabajo en números anteriores de esta Revista. Como funcionaria universitaria, condujo un programa de trabajo de análisis prospectivo en enfermería y en medicina en varios países de la subregión.

Su capacidad creadora e iniciativa la llevaron a conformar una Comisión Multiinstitucional de Recursos Humanos que trajo, por primera vez en Honduras, a distintas instituciones de los sectores de salud, educación y trabajo a la labor conjunta y coordinada; condujo la realización del Primer Estudio Nacional de Recursos Humanos en Salud en su país.

Fue motor fundamental en el desarrollo de la cooperación técnica entre países que inspiró la creación de PASCAP hace 10 años; junto a María Isabel Turcios, su colega y compañera en Nicaragua, establecieron un verdadero puente para la paz en recursos humanos entre sus dos países, en medio de las tensiones y la violencia política prevalentes en la subregión centroamericana en los últimos años.

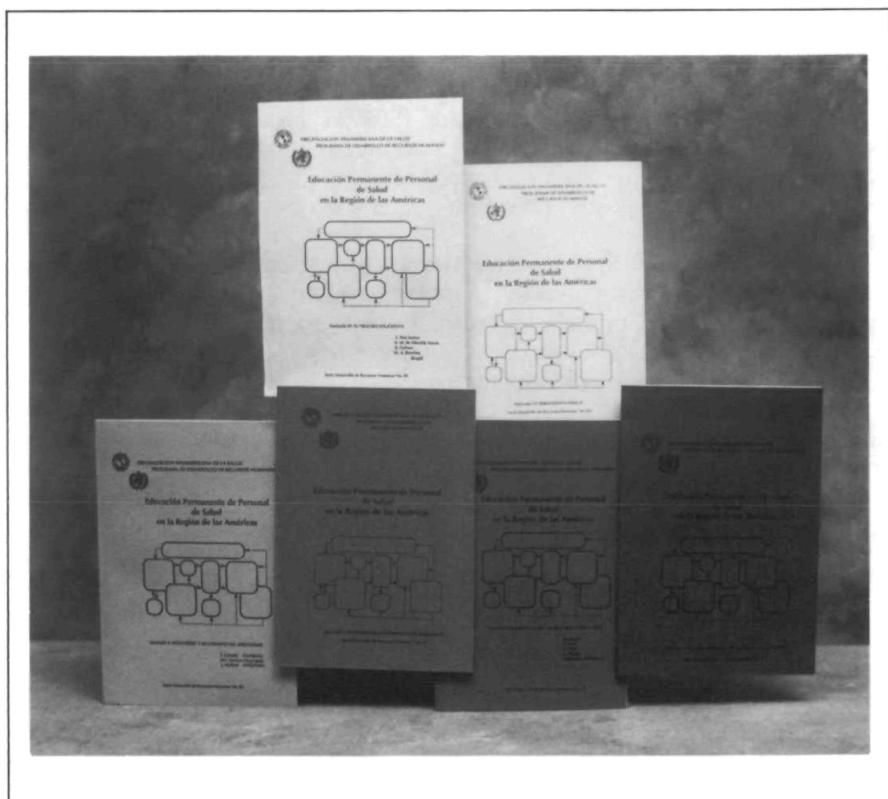
Esta impresionante lista de logros solamente pudo ser alcanzada a base de un trabajo tenaz, intenso, persistente, que no reconoce limitaciones de horario ni da cabida a actividades distractoras, y que exige la entrega total, comprometida, a la tarea productiva, creadora y desinteresada.

Y fue precisamente este sentido de responsabilidad y compromiso lo que la llevó al desempeño de una misión de trabajo en Costa Rica, al regreso de la cual encontró la muerte el 21 de octubre de 1989, a los escasos 45 años de edad.

Los trabajadores de la salud de Centroamérica, especialmente los que se interesan en los problemas de desarrollo de personal, pierden con este hecho a uno de sus más valiosos exponentes. Pero algo puede rescatarse si el legado laborioso, académico, técnico y sin alardes de Paquita Canales se constituye en fuente de inspiración y ejemplo para los que hacen del campo de Recursos Humanos para la Salud su área de interés y preocupación.

LIBROS

PUBLICACIONES DE LA OPS. SERIE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS



Dentro de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos, y como parte de las actividades del proyecto de educación permanente, distintos grupos latinoamericanos, bajo la coordinación del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS, han producido una colec-

ción de materiales que constituyen una vasta recopilación de experiencias y conocimientos acumulados en el desarrollo de la propuesta de reorientación.

A la fecha de escribir esta sección, se han producido y difundido los siguientes fascículos de la serie sobre *Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas*:

Fascículo I: Educación permanente en salud: Principios básicos para su reorientación.

Preparado por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS, con la participación de numerosos trabajadores de educación y de servicio de los países de la Región. Describe los fundamentos, justificaciones y alcances de la propuesta de reorientación educacional, con base en las necesidades de los servicios, las implicaciones que tiene para el desarrollo de la fuerza de trabajo del sector, y las propuestas pedagógicas vigentes en la Región. El Fascículo I provee los elementos críticos del modelo educativo propuesto, y constituye la base para su desarrollo en los fascículos subsiguientes.

Fascículo II: El contexto de los procesos capacitantes. Hugo Mercer, Pedro Brito, Carlos Vidal y Silvia Vuegen

Este grupo de funcionarios de la Representación de la OPS/OMS en la Argentina, y de instituciones nacionales relacionadas con salud, desarrolló una propuesta para el análisis de la situación de salud y derivación del contexto nacional, dentro de sus acciones normales de cooperación técnica. El grupo incluye nombres de estudiosos y pesquisadores de los problemas de recursos humanos en Latinoamérica, autores de importantes contribuciones al tema. La experiencia argentina sirvió de punto de partida para proponer una alternativa metodológica que, con las adaptaciones necesarias, pueda ser de utilidad a los responsables de instrumentar procesos de capacitación permanente en salud.

Fascículo IV: El proceso educativo. Isabel Dos Santos, Alina A. Souza, Maria Alice Roschke y Ena Galvão

Los autores están ligados a distintas Universidades y al Ministerio de Salud de Brasil; igualmente, algunos de ellos trabajan con la Representación OPS/OMS en dicho país; allí han desarrollado durante más de dos décadas una serie de experiencias que han contribuido a la conformación gradual de elementos para una doctrina de cambio educacional en salud; partes relevantes de dicha experiencia se volcan en el contenido de este Fascículo, que enfoca las interrelaciones entre el trabajo de los servicios y el desarrollo de la fuerza de trabajo, provee así elementos críticos para la formulación de políticas de recursos humanos; por todo lo anterior, este es uno de los fascículos centrales de la Serie.

Fascículo V: Monitoreo del aprendizaje. Francisca de Canales, María Isabel Turcios y Jorge Haddad

Los autores provienen de la Universidad Autónoma de Honduras y del Ministerio de Salud de Nicaragua, respectivamente, las dos primeras; el tercero es funcionario de la Organización Panamericana de la Salud. En este Fascículo se presenta la compilación de una serie de discusiones alrededor de alternativas de trabajo que permitan estructurar un seguimiento permanente a los procesos capacitantes, en términos de su desempeño profesional, a la vez que realimentan a dichos procesos a través de acciones educativas adicionales. La articulación de las investigaciones de tipo participativo, la supervisión como instrumento adicional de capacitación y la descripción de pasos para la formulación de indicadores de progreso del aprendizaje, constituyen elementos sustantivos para el cambio educacional propuesto.

Fascículo VI: Capacitación pedagógica de los responsables. José Quiñónez e Idalma de Rodas

Ambos autores son funcionarios del sector salud de Guatemala. El fascículo intenta recopilar una serie de elementos metodológicos tendientes a habilitar a funcionarios de los servicios de salud de un sistema local para conducir procesos capacitantes de tipo permanente; desarrolla esta función a base de señalar un marco referencial, aportar conocimientos sobre el quehacer sanitario a nivel local, sugiere contenidos básicos para la capacitación, y articula el proceso capacitante con la participación social, la comunicación y la investigación participativa.

El contenido del fascículo está complementado por un apéndice preparado en el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS, sobre los temas específicos de proceso educativo y monitoreo del aprendizaje.

Fascículo VII: Bibliografía básica.

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS realizó una investigación bibliográfica exhaustiva, con el propósito de identificar artículos y trabajos escritos por distintos autores y en distintos países, alrededor de los diferentes puntos críticos analizados como parte del proceso educativo propuesto. En este fascículo se presenta una colección de trabajos que han sido escritos sobre estos temas, y que constituyen, a juicio de los editores, un excelente y siempre vigente material de apoyo. Los lectores encontrarán revisiones de las propuestas pedagógicas en Latinoamérica y acerca de la educación de adultos; análisis sobre distintos factores pedagógicos y sobre modalidades que promueven el aprendizaje por medio de la solución de problemas del trabajo en salud. Hace aportes importantes sobre nuevos espacios de trabajo en educación en salud, tales como nuevos enfoques de la supervisión y su articulación con la

educación permanente, y la utilización de la investigación en el campo educativo. Finalmente, dedica dos artículos a tratar cuestiones como investigación participativa, educación popular y autogestión educativa, como elementos de apoyo a la propuesta de reorientación de la capacitación en salud.

Fascículo VIII: Informe de un Grupo de Consulta.

Bajo la responsabilidad del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS y de los relatores designados al efecto, se preparó el contenido de este fascículo con los relatos, informes, ponencias y discusiones habidas en la reunión de un Grupo de Consulta reunido en Querétaro, México, y convocado para analizar los aportes nacionales a que se ha hecho mención. El fascículo contiene valiosa información analítica y crítica sobre la propuesta original, que contribuyó al enriquecimiento y consolidación del modelo presentado.

Al momento de escribir esta noticia, están aún en prensa el Fascículo III: *Identificación de necesidades de aprendizaje*, con contribuciones de México y Cuba, y el IX: *Modelos de desarrollo estratégico de personal*, escrito por los Programas de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, de Desarrollo de Servicios de Salud, y de Análisis y Tendencias en Salud, de la OPS. Serán reseñados en el próximo número de esta revista.

INDICE DEL VOLUMEN 23 (1989)

Educación Médica y Salud

A

- Adultos, salud y bienestar, 67-74,
75-86, 87-100, 101-107
Alcoholismo, 406-410
Alonso de Vargas, E., 376
Alvarez F., R., 275
Ancianos, salud y bienestar, 67-74,
101-107, 108-113
Anzola Pérez, E., 75
Argentina, 344-353
Arroyave L., M. G., 182
Asociación
de Escuelas de Salud Pública de
los Estados Unidos (ASPH),
14-53
Latinoamericana y del Caribe de
Educación en Salud Pública
(ALAESp), 14-53
Atrian Salazar, M. L., 363

B

- Barahona H., R. A., 265
Bebidas alcohólicas, 406-410
Bienestar social, adultos y ancianos,
67-113
Bolivia, 204-205, 391-401
Brasil, 168-181, 354-362

C

- Caja Costarricense del Seguro Social,
308
Cáliz, R. F., 296
Campos, F. E. de, 168
Campos S., A., 275
Canales, F. de, 247
In memoriam, 414
Cano Gaviria, E., 101

Capacitación

- pedagógica, 283-295
permanente, 247-264 (*véase también* Educación permanente)
Carrasco de González, C., 376
Centro de Enseñanza e Investigación de la Caja Costarricense del Seguro Social, 308
Centroamérica y Panamá, 265-274,
296-301, 305-306, 308, 413 (*véase también* PASCAP)
Cintrón, C. E., 108
Colombia, 376-390
Conferencia Ibero-Panamericana de Escuelas de Salud Pública, Primera, 1-113
Cooperación técnica entre países,
212-228
Costa Rica, 308
Currículo, 344-353, 354-362
Cursos sobre recursos humanos
internacional, 412-413
subregional, 413

CH

- Chile, 332-343

D

- Declaración de Puerto Rico, 3-4
Dietista, formación, 376-390

E

- Educación médica, 296-301, 309

Educación permanente (*véase también* Capacitación)
 capacitación pedagógica de los responsables, 283-295
 grupo regional de consulta, 114-115
 problemas y proyecciones, 275-282
 propuesta de reorientación, 411-413
 publicaciones sobre, 414-417
 taller sobre, 308
 Egresados, 363-375, 391-401
 Enfermería
 análisis prospectivo, 119-154
 educación, 309
 investigación, 204
 Enseñanza
 centro de, 308
 de administración, 265-274
 odontología, 332-343
 pediatría, 402-406
 salud pública, 54-66
 Envejecientes (*véase* Ancianos)
 Escuelas de salud pública, 54-66
 España, 203
 Estudiantes, opiniones sobre alcoholismo, 406-410
 Evaluación comparativa de dos planes de estudios, 363-375

F

Fernández, O., 391
 Ferreira, J. R., 5, 212

G

Galli, A., 344
 García Ulloa, A., 376
 Gran Encuentro Ibero-Panamericano de Salud Pública, 1-113

Guatemala, 302-305
 Guimarães Borges, G. L., 406
 Guzmán de Aristizábal, E., 376

H

Haddad, J., 212, 247
 Herrero Ricaño, R., 363
 Homenaje póstumo a Amador Neghme, 192-202
 Horwitz, A., 192-202
 Hospital, perspectiva histórica del, 182-191

I

Indicadores, análisis de, 313-331
 Información, desarrollo del subsistema de, 302-305
 Informes, 14-53, 54-66, 67-74
 Investigación en enfermería, 204
 Isaza N., P., 182

K

Kroeger, A., 391

L

Lemus, E., 302
 Lewis, D., 155
 Liderazgo en salud pública, 5-13
 Linger, C., 229
 López, M. T., 283

M

Martínez Chopen, O., 302

Medicina

- egresados, 363-375, 391-401
- planes de estudios, 363-375
- práctica, 354-362
- Médicos, situación de trabajo, 391-401
- Meerhoff, R., 155
- Mejía de Rodas, I., 283
- México, 363-375
- Misrachi L., C., 332
- Molina, S., 283
- Monitoreo, procesos de capacitación permanente, 247-264
- Moreno, J. A., 363

N

- Nardi, A. E., 354
- Neghme, Amador, homenaje póstumo a, 192-202
- Nieto Espitia, M., 376
- Nutricionista, formación, 376-390

O

- Odontología, enseñanza, 332-343
- OFEDO-UDUAL, V Conferencia Internacional, 205
- Oferta médica, 155-167
- Organización Panamericana de la Salud
 - Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (*véase* PASCAP)
 - Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, 1-66, 114-115, 119-154, 309
 - Programa de Salud del Adulto, 67-113
 - Publicaciones, 116-117, 206-207, 414-417 (*véase también* Reuniones)

Osorno Covarrubias, J. L., 363

P

- PASCAP, 209-211, 212-228, 306-307
- Pediatría, 402-406
- Personal
 - de PASCAP, 306-307
 - de salud, 302-305 (*véase también* Recursos humanos)
- Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, 305-306
- Planes de estudio, evaluación comparativa, 363-375
- Pontes González, E., 363
- Portugal, 1
- Práctica médica, 354-362
- Programa (*véase* Organización Panamericana de la Salud)
- Publicaciones, serie Desarrollo de Recursos Humanos, 414-417
- Puerto Rico
 - Declaración de, 3-4
 - Gran Encuentro Ibero-Panamericano, 1-2
 - situación de envejecientes en, 108-113

Q

- Quezada Aliff, T., 313
- Quiñónez, J., 283

R

- Ramírez de Peña, D., 376
- Ramírez Guarín, Y., 376

Recursos humanos en salud
 América latina, 313–331
 Brasil, 168–181
 Colombia, 376–390
 cooperación del Gobierno español, 203
 cursos, 412–413
 desarrollo de, serie de publicaciones, 414–417
 nutrición y dietética, 376–390
 Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, 305–306
 sistemas locales de salud, 229–246
 Reuniones
 ALAESP/ASPH/OPS, 14–53
 enseñanza de la salud pública en las Américas, 3–66
 Gran Encuentro Ibero–Panamericano de Salud Pública, 1–113
 Salud comunitaria y bienestar social en los grupos de adultos y ancianos, 67–113
 Taller sobre educación permanente en los países centroamericanos, 308
 Rosas Vargas, R., 402
 Ruiz, L., 87

S

Salud
 adultos y ancianos, 67–113
 comunitaria, 67–113
 pública, enseñanza de, 3–66
 pública, liderazgo en, 5–13

recursos humanos en, 168–181, 203, 229–246, 305–306, 313–331, 376–390, 412–413, 414–417
 servicios de, desarrollo de, 265–274
 Shor Pinsker, E., 402
 SILOS (*véase* Sistemas locales de salud)
 Sistemas locales de salud, 229–246

T

Toro B., E., 332
 Trabajo de médicos, situación, 391–401
 Turcios, M. I., 247

U

Universidad Andina, creación, 204–205
 Uruguay, 155–167
 USALC–XXI, Comité Consultivo del Proyecto, 205

V

Valladares, R., 302
 Vidal, C., 212

W

Wolman, Abel, fallecimiento de, 203–204

SALUD

EN LAS



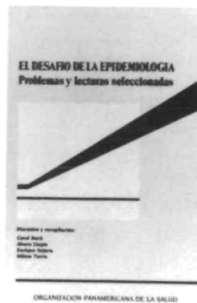
El control de las enfermedades transmisibles en el hombre.

Decimocuarta edición. Informe Oficial de la Asociación Americana de Salud Pública
A. S. Benenson, editor.

Proporciona información básica sobre 208 enfermedades transmisibles, inclusive cómo identificarlas, diagnosticarlas y delinear el tratamiento correspondiente de pacientes individuales o de grupos de población.

Esta última edición incluye temas nuevos, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), criptosporidiosis, síndrome de Kawasaki, himenolepiasis y neoplasias malignas causadas por agentes infecciosos.

Pub. Cient. No. 507
1987 • 568 pp. • \$US 12,00
ISBN 92 75 31507 8



El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas.

C. Buck, A. Llopis, E. Nájera y M. Terris.

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

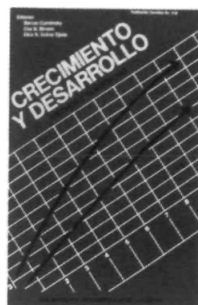
traducido de Annals of Internal Medicine

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

traducido de The Lancet

Consiste de 91 artículos que se seleccionaron bien por su valor perdurable, bien porque subrayan la importancia de la epidemiología en campos no convencionales, o bien porque definen tendencias o conocimientos avanzados.

Pub. Cient. No. 505
1988 • 1088 pp • \$US 30,00
ISBN 92 75 31505 1



Crecimiento y desarrollo. Hechos y tendencias.

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

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

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

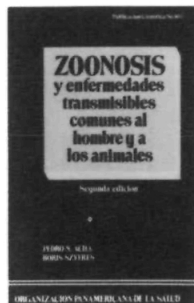
Pub. Cient. No. 510
1988 • 647 pp. • \$US 14,00
ISBN 92 75 31510 8

Desde hace más de medio siglo la OPS, acopia, publica y divulga información actualizada sobre una amplia gama de temas relacionados con la salud pública. Por intermedio de sus publicaciones, aborda problemas y asuntos de interés en los ámbitos continental y nacional ayudando con ello a resolver los problemas de salud y a mejorar el bienestar de la población de la Región.

Los temas tratados en las publicaciones de la OPS abarcan desde salud materno-infantil, enfermedades transmisibles, ingeniería sanitaria y salud pública veterinaria hasta asuntos relacionados con el desarrollo de sistemas y servicios de salud.

PUBLICA

AMERICAS



Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales.

Segunda edición.

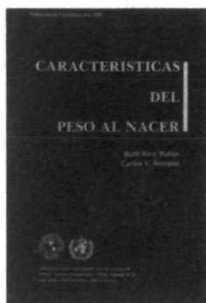
P. N. Acha y B. Szyfres

"... [Este libro] es uno de los más completos y mejor documentados en materia de zoonosis... una edición ampliada, actualizada y reescrita de un valioso manual que se utiliza en muchas escuelas de veterinaria de Europa y América del Norte."

traducido de Bulletin of the World Veterinary Association

La obra abarca 174 enfermedades, algunas de ellas zoonosis emergentes como la enfermedad de Lyme, encefalitis de Rocio, fiebre de Oropouche, enfermedad de Ebola, la expansión del virus de la fiebre del Valle del Rift y el protozooario *Cryptosporidium*.

Pub. Cient. No. 503
1986 • 1016 pp. • \$US 20,00
ISBN 92 75 31503 5



Características del peso al nacer.

R. Rice Puffer y C. V. Serrano

En este libro se determina el impacto del peso bajo y deficiente al nacer en la mortalidad infantil y se hacen recomendaciones pertinentes. Trata, entre otros, los siguientes temas: la combinación de la duración de la gestación en la salud del niño, la relación entre la duración de la gestación y el peso al nacer, el efecto del aumento óptimo de peso de las madres durante el embarazo, el desarrollo y empleo de informes del peso al nacer para la formulación de programas de salud materno-infantil, investigación y educación, y recomendaciones generales.

Pub. Cient. No. 504
1988 • 125 pp. • \$US 10,00
ISBN 92 75 31504 3

Diagnóstico de malaria.

Esta obra trata de las fases exoeritrocíticas de parásitos de la malaria en el hombre, el ciclo eritrocítico de la malaria en el hombre, desarrollo del parásito en el mosquito, clínica de la infección malárica, diagnóstico microscópico de los parásitos de la malaria en la sangre, detección de parásitos en el mosquito por observación microscópica y por métodos inmunológicos, inmunodiagnóstico de la malaria y técnicas de laboratorio. Acompañan al texto gran cantidad de figuras.

Pub. Cient. No. 512
1989 • 150 pp. • \$US 16,00
ISBN 92 75 31512 4

Compendio de enfermedades alérgicas e inmunológicas.

Incluye los avances del conocimiento que se han experimentado en todas las áreas de la inmunología clínica y la alergia en los últimos 5 años, como por ejemplo, investigaciones inmunológicas sobre la patogenia del SIDA; la aplicación experimental de las citoquinas derivadas de los linfocitos y de los macrófagos y el descubrimiento de nuevos mediadores derivados de los mastocitos.

El propósito de esta obra es resumir la aplicación práctica de los conocimientos básicos de la inmunidad a la medicina clínica.

Pub. Cient. No. 513
1989 • 275 pp. • \$US 30,00
ISBN 92 75 31513 2

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

FORMULARIO DE SUSCRIPCION
SUBSCRIPTION FORM

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

Educación Médica y Salud

Trimestral/*Quarterly*

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

Nombre/*Name*

Dirección/*Address*

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

País/*Country*

Firma/*Signature*

Fecha/*Date*

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

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

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Oficina Sanitaria Panamericana —denominada hasta 1923 Oficina Sanitaria Internacional— se originó a raíz de una resolución adoptada por la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) en la que se recomendaba celebrar “una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas”. Dicha convención (Washington, DC, 2-4 de diciembre de 1902) estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924), ratificado por los gobiernos de las 21 repúblicas americanas, asignó funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión (Buenos Aires, 1947). Durante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) se decidió cambiar el nombre de Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. La Oficina, en cambio, permaneció con el mismo nombre.

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

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

Gobiernos Miembros: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela. **Gobiernos Participantes:** Francia, Reino de los Países Bajos, Reino Unido.

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

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

RECURSOS HUMANOS EN CINCO PAISES DE AMERICA
LATINA • INNOVACIONES EN LA ENSEÑANZA DE
ODONTOLOGIA • TRANSFORMACION CURRICULAR •
CURRICULO E PRATICA MEDICA • EVALUACION
COMPARATIVA DE DOS PLANES DE ESTUDIOS DE
MEDICINA • ESTUDIO DEL RECURSO HUMANO DEL
NUTRICIONISTA DIETISTA • SITUACION DE TRABAJO
DE MEDICOS • RESEÑAS • NOTICIAS • IN MEMORIAM
FRANCISCA DE CANALES • LIBROS • INDICE

