Volumen 17, Número 1
1983

Educación médica y salud

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

SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

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

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

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

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

Educación médica y salud

Volumen 17, Número 1
1983

3 **Editorial:** Misión de la OPS—*Carlyle Guerra de Macedo*

Artículos

7 Epidemiología em medicina clínica—*Carlos Marcílio de Souza*

21 Acerca de las necesidades de adiestramiento de personal de salud y nutrición en países en desarrollo—*Hernán L. Delgado, Víctor Valverde y Luis O. Angel*

40 Capacitación en psiquiatría de grupos de salud en Colombia—*Carlos E. Climent, María V. de Arango* y *Carlos A. León*

54 Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000—*José Roberto Ferreira*

69 Capacitación de personal para la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria: una propuesta metodológica—*Jorge Haddad y Francisca H. de Canales*

Reseñas

88 Reunión del Comité Asesor del Programa de Educación en Administración de Salud en América Latina y el Caribe

Noticias

97 Toma posesión del cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana el Dr. Carlyle Guerra de Macedo

101 Conferencia Internacional sobre Ciencia de Sistemas Aplicada a los Servicios Sociales y de Salud para Personas de Edad Avanzada e Impedidas

102 Cuarta Conferencia Mundial de Informática en Medicina

102 Reunión Regional de la Asociación Internacional de Epidemiología

103 Curso de Posgrado en Economía Sanitaria

104 Actividades de adiestramiento e investigación en PASCCAP

108 Taller sobre Planificación de Sistemas Administrativos para Coordinación y Control de Programas de Atención Primaria en Comunidades Rurales

109 Noticias de educación en administración de servicios de salud (Programa OPS/Kellogg)

Libros

115 Publicaciones Científicas de la OPS, 1982

121 Documentos Oficiales de la OPS, 1982

121 Otras Publicaciones

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

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

ISSN 0013-1091

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

UNION DE UNIVERSIDADES DE LA AMERICA LATINA

FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA

FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA

ASOCIACION LATINOAMERICANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGIA

FEDERACION LATINOAMERICANA DE ASOCIACIONES NACIONALES DE ESCUELAS DE MEDICINA VETERINARIA

ASOCIACION DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA DE AMERICA LATINA

Otras publicaciones de la OPS son: el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,* que publica mensualmente desde 1922 artículos científicos e información técnica sobre cuestiones de salud; el *Bulletin of PAHO,* trimestral, con selecciones del *Boletín* en español; el *Boletín Epidemiológico,* que aparece cada dos meses (español e inglés) y ofrece información sobre enfermedades de importancia en las Américas y otras regiones; *Sucesos* (también publicada cada dos meses en español e inglés), que es un noticiero de la OPS, y las series *Publicaciones Científicas, Documentos Oficiales* y *Otras Publicaciones,* a través de las cuales se difunden conocimientos científicos y técnicos de interés internacional para la prevención de enfermedades y el fomento de la salud y se dan a conocer las decisiones de los Cuerpos Directivos de la OPS.

Educ Méd Salud, Vol. 17, No. 1 (1983)

Editorial

MISION DE LA OPS

DR. CARLYLE GUERRA DE MACEDO*
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Permítanme que, aprovechando esta ocasión, yo también me asocie al reconocimiento de la obra realizada hasta hoy por la Organización Panamericana de la Salud; que recuerde los momentos, a veces casi de altura épica, por los que hemos pasado; que reconozca también la labor, de valor inestimable, de tantas personas que han honrado y dignificado no solo a la Organización sino también a la salud pública en la Región de las Américas.

El reconocimiento de las glorias y de los éxitos del pasado sirve también como oportunidad y pretexto para reflexionar sobre el futuro. Si bien es de gran magnitud y muy valioso lo que hemos logrado, creo que indudablemente nos queda mucho más por realizar. En vista de que, a partir de febrero, asumiré la responsabilidad de regir los destinos de esta casa, en íntima asociación con los Gobiernos Miembros, quiero aprovechar estos momentos para meditar un poco sobre el futuro.

Se ha dicho, y es cierto, que vivimos un momento especialmente crítico en el proceso histórico de desarrollo de los países de nuestra Región. La crisis económica que afecta a cada uno de los Gobiernos Miembros de nuestra Organización tiene causas mucho más profundas de lo que desearíamos. Es muy probable que el período en el cual nos toca conducir esta casa esté matizado por las consecuencias, las características y los efectos de esta crisis. Por otra parte, la crisis política que se manifiesta actualmente en los conflictos entre diferentes naciones hermanas es otro factor sobre el cual es preciso reflexionar. Este momento crítico entraña numerosas implicaciones y consecuencias, no solamente para las realidades nacionales sino también para las relaciones entre los países que constituyen este hemisferio. Sin embargo, las dificultades y los obstáculos que de ellas surgen pueden constituir un estímulo para el pensamiento creador, para la voluntad y la determinación de crear y hacer.

Es evidente que a la par de los procesos de desarrollo que llevaron a esta situación crítica ocurrieron también profundas modificaciones en las realidades de salud de las poblaciones y en el marco institucional, económico, social y cultural dentro del cual se han de hallar las soluciones a los problemas de salud. Las necesidades de nuestra época, multiplicadas por este proceso de transformación,

*Discurso pronunciado como Director Electo de la OSP durante la ceremonia de conmemoración del 80° Aniversario de la OPS, Washington, D.C., 2 de diciembre de 1982.

sobrepasaron, en rápido crecimiento y cambio, la capacidad extraordinaria que demostró la Organización para ajustarse en forma permanente a las nuevas situaciones. Ahora nos enfrentamos no solo con nuevos problemas, no solo con manifestaciones diferentes de antiguos problemas, sino que nos encontramos ante expectativas más amplias, justificadas a través del tiempo por las numerosas generaciones que han sufrido necesidades insatisfechas.

Es de esperar que estos problemas y estas expectativas continuarán creciendo en el futuro. Además, es posible prever una mayor reivindicación de las poblaciones históricamente marginadas en esta Región, en la medida en que podrán reclamar y presionar para obtener soluciones mejores e inmediatas, lo que implica también para los gobiernos la necesidad de aumentar la atención, los recursos, la cooperación, el esfuerzo y la eficiencia.

Es en este contexto de cambios, de problemas y de crecientes demandas que debemos pensar en *la OPS del futuro;* no únicamente en una OPS deseada, que continúe la tradición gloriosa del pasado, sino en *la OPS necesaria* para enfrentar las nuevas realidades ya presentes y las que están por venir. La decisión unánime de los Gobiernos Miembros al definir la meta de salud para todos en el año 2000 y aprobar las estrategias y un Plan de Acción para alcanzarla es la manifestación más clara de esta verdad que nos obliga a hacer frente a la necesidad de cambio.

Y es con esta perspectiva que debemos examinar el concepto de la misión fundamental de esta Organización de ayudar a los países a atender los problemas de salud de sus poblaciones y traducirla a una forma más clara y operativa que nos pueda guiar en la opción de las nuevas acciones que tendremos que poner en marcha.

Yo veo la misión de la Organización en una nueva perspectiva que puede resumirse en tres grandes componentes:

En *primer lugar,* creo que es misión primordial de esta Organización la tarea de administrar los conocimientos, en el sentido de promover su generación, en el sentido de recolectarlos y en el sentido de analizarlos y renovarlos con espíritu crítico, difundiéndolos y asistiendo a los países en su implantación y utilización. Ejerciendo esta misión de administración de conocimientos estaremos no solo buscando nuevos modos de percibir y de comprender los problemas con que nos enfrentamos sino también buscando la manera apropiada de darles solución dentro de cada una de las diversas realidades de los países.

En *segundo lugar,* creo que la misión de esta Organización puede y debe ser la de movilizar y utilizar los recursos que actualmente tiene cada uno de los países—unos más, otros menos—para ayudarse a sí mismos y entre sí.

En *tercer lugar,* y en función del gran deseo que tenemos de dar una máxima justificación a la existencia de todas las organizaciones internacionales, está la misión de contribuir al establecimiento de la paz, del entendimiento y de la solidaridad a fin de lograr el bienestar de todos los pueblos—paz, entendimiento y solidaridad que deben ser vistos también como otras tantas dimensiones de la salud.

Para el cumplimiento de una misión así entendida, nos hemos comprometido a concebir una nueva perspectiva de acción que no desconozca la experiencia del pasado. Al contrario, que afirme y construya sobre ella una nueva perspectiva de acción que puede expresarse de manera muy resumida en "salud a través de la cooperación".

Para cumplir con la misión que se nos encomienda, estamos comprometidos—y tal vez este sea nuestro primer desafío—a construir sobre nuestras tradiciones una excelencia técnica innegable que no solo honre el pasado sino que asegure la respetabilidad y la aceptabilidad en el presente, condición para que la Organización pueda cumplir con su responsabilidad. Esa excelencia técnica interna debe ser cimentada sobre la base de los recursos que la Organización administra directamente, en especial sus recursos humanos. Tiene que fundarse en una actitud de dedicación, en una preocupación constante por el desarrollo y perfeccionamiento de cada uno de los que formamos parte de esta casa, y en la clara conciencia de la responsabilidad común e individual de realizar la misión que nos fue asignada. Para lograrlo, la Organización debe permitir—y lo hará—la más amplia y eficaz participación de todos; la Organización debe promover—y lo hará—los mecanismos necesarios para el continuo perfeccionamiento de su personal técnico y de apoyo.

La excelencia técnica no puede residir únicamente en la excelencia tecnológica. Los grandes desafíos del futuro y el propio entendimiento de la naturaleza y la determinación del fenómeno salud como resultado histórico del proceso de desarrollo social, nos indican que no hay excelencia técnica si antes no se comprenden los problemas sociales dentro de los cuales deben resolverse los problemas de salud. La excelencia técnica también implica una capacidad operativa mayor y en continuo progreso. Siempre es posible mejorarla, a través de la simplificación de procesos burocráticos, a través de un enfoque más eficaz de los problemas reales, a través de una mayor flexibilidad para tratar de forma diferente los distintos contextos y problemas que marcan el mosaico de nuestra Región. La excelencia técnica implica también una asociación necesaria e ineludible que tenemos que mantener y fortalecer con los países. No puede ser una asociación pasiva, debe ser una asociación activa y creadora. Esto no niega el deber y la necesidad de atender a las prioridades nacionales, pero conlleva la obligación, que se deriva de los mandatos colectivos, de identificar, definir y concentrar recursos a nivel regional en asuntos prioritarios. La excelencia técnica implica, además, actividades de colaboración con otros organismos—multilaterales o bilaterales, gubernamentales y no gubernamentales—que comparten con nosotros metas, objetivos e intereses comunes para mejorar la salud y el bienestar de los pueblos de las Américas.

Esta nueva perspectiva de acción, esta nueva perspectiva de misión, incide en un momento que está lleno de amenazas, desafíos y posibilidades. La conciencia de que ya no existen algunos de los factores que en el pasado sostuvieron y permitieron la expansión y el fortalecimiento de la Organización Panamericana de la

Salud y de las presiones que probablemente sufriremos en términos de reducción de recursos materiales, no deben ser entendidos como obstáculos invencibles para alcanzar los objetivos de esta Organización. Si somos capaces de crear e introducir nuevos mecanismos de acción, de movilizar y utilizar de manera más eficiente las potencialidades de cada país y de utilizar con eficacia y eficiencia los recursos de que disponemos, sí podremos alcanzarlos.

Esta es la misión que nos motiva: construir una OPS que honre el pasado, una OPS que asegure el cumplimiento de su misión fundamental, una OPS que realmente ayude a los países en el rescate, ya tan tardío, de la enorme deuda social acumulada en casi todos ellos, y que se expresa en sufrimientos, enfermedades y muertes evitables, en condiciones de vida que no están de acuerdo con la condición humana de nuestras poblaciones; una OPS que contribuya efectivamente al mejoramiento de las condiciones de vida de todos; que contribuya también a través de su propósito fundamental: la salud, para la construcción de sociedades libres, justas y con mayor bienestar en beneficio de todos; una OPS que contribuya efectivamente a la paz, al entendimiento y a la solidaridad continental.

Con una misión como esta las dificultades que tendremos que enfrentar se transformarán en estímulos. Yo estoy convencido de que con la ayuda de aquellos que forman parte de esta casa y el apoyo y el trabajo de los Gobiernos Miembros sabremos y podremos construir esa nueva Organización.

Educ Méd Salud Vol. 17, No. 1 (1983)

Epidemiologia em medicina clínica[1]

DR. CARLOS MARCÍLIO DE SOUZA[2]

INTRODUÇÃO

Por que epidemiologia em medicina clínica? Por que enfatizar a utilização de métodos e princípios epidemiológicos na prática do cuidado de saúde, no ensino e na pesquisa do clínico, do pediatra, do cirurgião, do dentista e de outros profissionais da área? A resposta está no progressivo reconhecimento de que a epidemiologia é a metodologia científica própria da medicina como um todo*, ou seja, uma ciência fundamental à prática efetiva de medidas individuais e coletivas de promoção, cura e reabilitação da saúde.

Neste texto—redigido por um não especialista da área—procura-se abordar alguns conceitos e objetivos gerais da epidemiologia para discussão entre clínicos, sua utilização como a metodologia científica apropriada à medicina clínica e, por último, algumas indicações sobre suas aplicações na prática médica.

CONCEITOS E OBJETIVOS GERAIS DA EPIDEMIOLOGIA

Durante muito tempo, o uso da epidemiologia limitou-se ao estudo da disseminação e declínio de doenças infecto-contagiosas, bem como à profilaxia e controle destas mesmas doenças. Em sua evolução, a epidemiologia contribuiu de modo marcante para o aumento do conhecimento científico multidisciplinar relacionado com as doenças comunicáveis, nutricionais e ocupacionais.

Nas últimas três décadas, essa contribuição estendeu-se gradativamente e de modo muito importante às doenças crônico-degenerativas. Como

[1]O presente texto tem por base palestra realizada no 1°. Encontro de Epidemiologia Clínica da Escola Paulista de Medicina, 30 a 31 de agosto, 1982.

[2]Livre Docente, Prof. Adjunto do Departamento de Medicina Interna da UFBa, Técnico do CNPq, Brasília-DF.

*Neste texto os termos medicina e saúde são usados como sinônimos, salvo indicação em contrário.

conseqüência da maior abrangência que passou a ter, o seu entendimento como ciência e como técnica também alargou-se. Por isso, a epidemiologia é definida hoje como a disciplina que estuda os fatores determinantes da freqüência e distribuição de doenças em populações humanas *(1)*. Essa definição não limita a área de interesse da epidemiologia, que antes, quando se dirigia mais ao campo tradicional da saúde pública, estava relacionada com as epedemias, mas retoma agora o seu sentido etimológico (do grego *Ejti Sepnos,* sobre as pessoas) *(2)*: uma ciência dedicada ao estudo das pessoas, das populações.

A importância da passagem do enfoque epidemiológico das doenças infecto-contagiosas para as doenças crônico-generativas é auto-evidente. Bastaria citar como exemplos os recentes progressos na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares e de neoplasias. A utilização de princípios e de métodos epidemiológicos tem permitido a identificação de fatores de risco de doenças cardiovasculares, possibilitando progressos na redução de mortalidade por essas doenças. Esta é uma conseqüência direta do fato de que a identificação de elementos que predispõem ou colocam o indivíduo em risco de determinada afecção torna a medicina mais próxima da prevenção ou mesmo da cura.

Ademais, os métodos e técnicas epidemiológicos constituem o fundamento da pesquisa em serviços de saúde (pesquisa operacional), que tem contribuído para diagnóstico e mensuração da demanda de cuidados de saúde à população, determinação de prioridades, alocação de recursos, aferição do desempenho dos serviços de saúde e avaliações prognósticas das necessidades a médio e longo prazo. Diversos países desenvolvidos ou em desenvolvimento—apresentando diferentes modalidades de organização de saúde, estatal ou privada—têm a epidemiologia como disciplina fundamental para a adequação dos serviços às necessidades de saúde *(3)*.

Na definição da associação dos especialistas da Associação Epidemiológica Internacional (AEI), a epidemiologia tem três objetivos:

a) descrever a distribuição e a magnitude das doenças em populações humanas;

b) fornecer dados essenciais ao planejamento, implantação e avaliação de serviços visando prevenir, controlar e tratar doenças, bem como estabelecer prioridades entre estes serviços; e

c) identificar fatores etiológicos na patogenia das doenças.

Até o presente, entretanto, a metodologia epidemiológica tem sido domínio de investigadores de medicina comunitária, preventiva, social e de saúde pública, bem como de planejadores e administradores de saúde.

O saber e o fazer da epidemiologia concentram-se em departamentos, serviços e mesmo em escolas isoladas, como as de saúde pública.

O clínico não participa das atividades epidemiológicas nem está familiarizado com seu jargão. O epidemiológo, por sua vez, também está distante da atividade clínica. A colaboração em projetos específicos é eventual, embora, em decorrência de necessidades de mútuo desenvolvimento, observe-se um número crescente de pesquisas envolvendo ambas as disciplinas.

METODOLOGIA CIENTÍFICA E INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Até o início deste século, o crescimento do conhecimento científico da medicina clínica fazia-se de modo unitário. O cuidado do paciente e a pesquisa davam-se no mesmo lugar e ao mesmo tempo, ao lado do paciente, através da observação passiva e da descrição qualitativa pré e pós-intervenção terapêutica. As principais variáveis da investigação científica eram então os sintomas, sinais e características pessoais observados no paciente, no hospital, no consultório ou na residência do cliente.

Datam dessa fase importantes estudos clínico-epidemiológicos como os de Pierre Louis, que utilizou dados estatísticos hospitalares para demonstrar a ineficácia de tratamentos à base de "sangrias", tão em voga em meados do século passado *(2)*. Outro exemplo são os estudos de Ignaz Semmelweis, que, analisando dados estatísticos de duas diferentes enfermarias em Viena, demonstrou que a falta de assepsia das mãos dos obstetras resultava em elevados índices de mortalidade por infecção puerperal *(4)*.

Gradativamente, com o crescimento científico dos vários campos do conhecimento humano, os investigadores médicos começaram a deslocar o foco de suas pesquisas da cabeceira do paciente para o laboratório. Esse movimento permitiu o ingresso da medicina na experimentação ativa. A investigação distanciou-se progressivamente do paciente e passou a basear-se largamente em experimentos com animais, órgãos e tecidos isolados, células e moléculas. As principais variáveis científicas deixaram de provir da história clínica, dos sintomas, dos sinais e da evolução clínica do paciente.

O laboratório oferece inúmeras vantagens e facilidades ao investigador clínico: escolha do momento de início e término dos experimentos; controle, seleção e ajuste de variáveis; contínuo suprimento de material biológico para testes; padronização de reagentes e de técnicas; calibração de

equipamentos, permitindo a mensuração precisa de dados; estocagem de material, análises em duplicata e o uso de testes estatísticos precisos *(5)*.

Uma conseqüência da introdução de técnicas experimentais foi um extraordinário desenvolvimento do conhecimento biomédico. Com a utilização de métodos fisiológicos, farmacológicos, bioquímicos, citológicos, imunológicos ou microbiológicos, passou-se a conhecer, até mesmo a nível molecular, o funcionamento do organismo na saúde e na doença. Paralelamente, ampliou-se o conhecimento sobre agentes patogênicos em geral e sobre a fisiopatologia das doenças. Como resultado, foram obtidos agentes diagnósticos e de tratamento mais sensíveis e específicos, que têm permitido a detecção mais precoce de doenças e a cura ou o aumento de sobrevida em situações anteriormente fatais.

NECESSIDADES DE PESQUISA CLÍNICA

Não há por que discutir a óbvia importância da metodologia clínico-laboratorial no progresso da medicina. Basta citar as vacinas contra poliomielite ou a identificação do sistema HLA. Óbvia é também a necessidade de continuação da investigação clínico-experimental. Entretanto, é imprescindível, ao analisar-se este modelo de desenvolvimento científico da medicina clínica, levar em consideração alguns outros elementos de raciocínio:

1. A investigação laboratorial gera dados cuja relevância para a saúde pode ser determinada não por mais pesquisa experimental, mas pela avaliacão desses dados em estudos que tenham por base a população ou grupos apropriados de indivíduos. Um exemplo bem típico dessa situação está na pergunta: qual o verdadeiro significado de uma elevada concentração de HDL (lipoproteínas de elevada densidade) no plasma. Seria um indicador de proteção contra doença ateroesclerótica? Caso afirmativo, que fatores estariam associados ou seriam capazes de possibilitar determinada taxa de HDL, beneficiando portanto a população de maior risco?

2. A prática médica tem sido, com freqüência, o ponto de partida para a descoberta de agentes etiológicos, resultando no conhecimento de mecanismos de doenças, prevenção e cura. Por exemplo, numa revisão *(6)* de 19 fatores com ação carcinogênica no homem, 13 foram identificados por observação em consulta ambulatorial. Apenas três foram identificados em animais de laboratório, o que levou à descoberta posterior de grupos de pessoas que estavam em risco. No estudo de dois fatores (fumo e álcool), a hipótese da ação cercinogênica emergiu da análise de tendências e riscos

de morbidade e mortalidade em grandes faixas populacionais. Em um caso (poeira do couro em indústria de sapatos), o fator "sorte" foi tido como preponderante. Esse estudo de Donald Acheson mostra como a atividade clínica é uma fonte imprescindível de descoberta ou de comprovação hipóteses originárias quer do laboratório experimental, quer dos estudos de saúde pública.

3. Outro aspecto é a velocidade vertiginosa com que o complexo médico-industrial introduz na prática clínica novos métodos de diagnóstico e tratamento, impondo ao clínico o difícil desafio de discriminar aqueles que fazem mais mal do que bem e mesmo identificar os que são desnecessários. Por exemplo: quais são as evidências científicas de que a colocação de marca-passo em portadores de miocardite chagásica oferece benefícios que ultrapassem as complicações potenciais desse procedimento? A amiodarone, uma potente droga antiarrítmica do ponto de vista eletrofisiológico, vem sendo utilizada amplamente no controle das arritmias de chagásicos. Estudo recente em 45 pacientes não chagásicos durante um período de observação de apenas 12,7 + 8,8 meses mostrou uma incidência de 73 episódios de efeitos colaterais adversos tais como microdepósitos corneanos, hipertiroidismo, coloração azul da pele, fibrose pulmonar difusa (com insuficiência respiratória clínica) associada a alveolite fibrosante, bradicardia sinusal sintomática (associação a ICC) requerendo o uso permanente de marca-passo atrial, etc. *(7)*. Considerando-se o prognóstico (atualmente aceito, segundo informações disponíveis sobre a história natural da miocardite chagásica), seriam os benefícios da utilização da amiodarone maiores que os malefícios de suas complicações?

4. Também deve-se levar em consideração a contribuição dos clínicos no atendimento às necessidades sociais de saúde. A incorporação acrítica de novos e sofisticados métodos de diagnóstico e de tratamento desvia recursos, já escassos para o atendimento das necessidades básicas de saúde, para a utilização de tecnologias de utilidade ainda duvidosa. Além disso, ocorre com freqüência a indicação de novos procedimentos técnicos em um universo de situações clínicas maior do que seria apropriadamente indicado. Isso decorre de não ser a introdução dos novos métodos e técnicas precedida de uma precisa avaliação dos benefícios que podem trazer a este ou aquele grupo ou subgrupo de pacientes.

Alguns exemplos podem ser citados: by-pass aorto-coronariano *(8)*, tomografia computorizada *(9)*, plasmaferesis *(10)*, etc. Noutras palavras, é necessário que o uso generalizado de novas tecnologias seja precedido de investigações clínicas apropriadas a fim de evitar o uso de recursos "em

métodos que todo mundo julgava bons para as situações em que vinham sendo utilizados, antes que os estudos apropriados fossem realizados''.

Outro exemplo adicional dessa situação é a recomendação do uso de mamografia em campanhas para detecção precoce de câncer de mama (ou mesmo em situações individuais sem indicações explícitas) em mulheres com menos de 50 anos de idade *(11)*. Outro ainda é o uso da monitoração fetal eletrônica, cujos benefícios e eficácia não foram ainda bem estabelecidos. Até 1978, dois estudos controlados mostraram que o acompanhamento por enfermeiras é igualmente eficaz e traz benefícios adicionais. Já outro estudo, que incluía crianças de baixo peso, mostrou benefícios. Os riscos da MFE são divulgados com freqüência—abcesso e laceração de escalpe fetal, perfuração e infecção uterina, e indução de complicações no feto—quando seu objetivo seria detectá-los *(12)*. Tanto o uso indiscriminado da mamografia quanto a monitoração fetal são exemplos de transferência precoce de tecnologia para a prática médica sem adequada avaliação de riscos, benefícios e indicações. (Estas observações fazem parte do estudo do Office of Tecnological Assessment do Congresso dos EUA) *(12)*.

5. Finalmente, não apenas os novos métodos e técnicas devem ser investigados. Alguns procedimentos ''padrões'', quando desafiados por metodologias apropriadas, podem sugerir abordagens clínicas alternativas em relação aos procedimentos correntes *(13, 14, 15)*.

Em resumo, estas observações sugerem a necessidade de maior ênfase em pesquisas clínicas orientadas para a resolução de problemas relevantes de saúde da população que a prática médica põe em evidência. Para esses problemas, a metodologia de investigação laboratorial é inadequada, tornando-se necessária a utilização de princípios, métodos e técnicas apropriados à clínica.

EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA

Pode-se definir epidemiologia clínica como a aplicação por clínicos de princípios e métodos de epidemiologia e bioestatística no cuidado ao paciente. O campo principal dessa aplicação é sem dúvida a investigação científica clínica, especialmente na avaliação dos meios de diagnóstico e tratamento. Entretanto, seria um papel muito limitado, se não houvesse, ao mesmo tempo, preocupação quanto à aplicação desses princípios na prática médica e no ensino. Pois, ao final, o clínico é que prescreve os procedimentos de diagnóstico e tratamento *(16)*.

Por se tratar de uma aplicação de métodos, não há por que considerar a epidemiologia clínica como uma nova disciplina ou especialidade, nem preocupar-se com conflitos com as atividades do epidemiologista tradicional. Este tem uma formação de conteúdo e profundidade técnico-científica desnecessária no exercício da atividade clínica e, além disso, não exerce como atividade primária o cuidado direto do paciente.

O objetivo da epidemiologia clínica é proporcionar ao clínico treinamento secundário em princípios e métodos de epidemiologia e bioestatísca que o habilitem a uma prática médica mais adequada às necessidades do paciente e a investigações clínicas orientadas para a resolução de problemas relevantes de saúde. A assistência do epidemiologista no atendimento a esse objetivo é fundamental. Em contrapartida, essa associação é também importante ao próprio desenvolvimento da epidemiologia.

A presente organização acadêmica e de serviços tende a afastar o epidemiologista da prática médica. Essa situação, além de impor limitações na formulação de hipóteses, na seleção de variáveis e no próprio desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas, freqüentemente faz com que estudos epidemiológicos realizados dentro de elevados padrões de investigação científica—mesmo em áreas importantes para a saúde individual e coletiva—produzam evidências científicas irrelevantes para a prática médica.

USOS DA EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA

Do ponto de vista prático, o uso da epidemiologia pode ser abordado, segundo a atividade clínica principal do usuário, em dois tipos:

1. *Pesquisa clínica:* os que vão aplicar a metodologia epidemiológica e bioestatística tendo em vista a obtenção de novos conhecimentos para uma melhor prática de cuidados de saúde.

2. *Seleção e análise de métodos de diagnóstico e tratamento:* profissionais em geral, no exercício de atividades clínicas e/ou docentes, necessitam de conhecimentos básicos de princípios e métodos epidemiológicos com o objetivo de discriminar a utilidade e os benefícios que podem advir da utilização de atuais ou novos procedimentos de diagnóstico ou tratamento que estão sendo advogados para determinada situação clínica. Ou seja, o usuário das informações da literatura médica necessita saber se as evidências inferidas nas pesquisas clínicas, recomendando este ou aquele procedimento, têm uma base científica confiável, se fazem mais bem do que mal ou se têm alguma utilidade em relação ao uso proposto, munindo-se

para isso de suficiente fluência crítica na avaliação de procedimentos médicos e de seus resultados.

Obviamente, a divisão acima não é estanque. Conforme a área ou subespecialidade ou o momento, o clínico pode estar na situação de pesquisador ou de simples usuário das informações da literatura corrente. Em adição, deve-se levar em consideração a interação que deve existir entre atividades de assistência, ensino e pesquisa.

UTILIZAÇÃO EM PESQUISA

As principais áreas de investigação da epidemiologia clínica podem ser assim agrupadas *(3, 17)*:

1. Pesquisa em etiologia

Este campo é fundamental para o desenvolvimento do conhecimento científico biomédico. A epidemiologia vem desenvolvendo importante papel nesta área, especialmente em relação a doenças cardiovasculares. Estes estudos vêm trazendo importantes contribuições ao desenvolvimento do conhecimento. A pesquisa nesta área está voltada para a elucidação da história natural das doenças e dos fatores causais.

2. Pesquisa em eficácia

Eficácia diz respeito à qualidade em si de um procedimento de saúde. As pesquisas neste campo procuram estabelecer cientificamente se determinado procedimento preventivo, diagnóstico, curativo ou de reabilitação é mais útil e benéfico do que prejudicial ou inútil aos propósitos para os quais é preconizado. Exemplificando: estudos de eficácia demonstraram conclusivamente que o benefício do tratamento da hipertensão arterial ultrapassa os malefícios da utilização dos medicamentos apropriados *(19, 20)*. Já o tratamento da hipercolesterolemia com cloribrate mostra um aumento da incidência de morte de causa cardiovascular, em comparação com o grupo não tratado *(21)*. Em outro exemplo, a diminuição da prevalência de doença de Chagas no grupo etário de 9 a 14 anos, de 12% para 3,5%, com prevalência de 1,3% em crianças menores de 10 anos, demonstrou o benefício de um programa de borrifação iniciado em 1968 em uma população que apresentava elevada endemicidade. Por outro lado, a falta de critérios objetivos para avaliação da situação

clínica de indivíduos diagnosticados como chagásicos tem determinado uma discriminação destes no mercado de trabalho *(22)*.

O principal instrumento de avaliação da eficácia de determinada intervenção é a realização de ensaios clínicos randomizadas *(trials)*, os quais são também aplicáveis à avaliação de cuidados e de serviços de saúde.

3. Pesquisa em efetividade/disponibilidade

Refere-se ao grau de obtenção de um efeito desejado. Ou seja, procura determinar a extensão com que um procedimento ou serviço de eficácia comprovada foi colocado à disposição, aplicado ou aceito por todos aqueles que poderiam ser beneficiados por ele em uma população definida. Por hipótese, a vacina contra pólio foi colocada à disposição de 97% das crianças de até 5 anos, mas apenas 67% dela fizeram uso.

Da mesma forma que os estudos de eficácia, os de efetividade podem indicar também as medidas de saúde que, colocadas à disposição da população, podem resultar em predomínio dos benefícios sobre os malefícios, ou mesmo, se têm alguma utilidade. Por exemplo: resultariam os exames de abreugrafia para admissão em trabalho em um benefício importante ao indivíduo e à população?

Um aspecto importante dos estudos de efetividade é o da avaliação da disponibilidade de serviços e de pessoal de saúde para a população que pode ser por eles beneficiada.

4. Pesquisa em eficiência

Tem por objetivo a avaliação de cuidados e serviços de saúde que estão sendo oferecidos e utilizados pela população que pode deles beneficiar-se, com uma edequada utilização dos recursos humanos e financeiros disponíveis. Análises do tipo custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade são instrumentos comumente utilizados nesse tipo de avaliação. Tais estudos são fundamentais na avaliação do benefício que determinado programa de saúde está trazendo a uma população definida, bem como na formulação de programas alternativos de acordo com os recursos disponíveis.

UTILIZAÇÃO NA ANÁLISE E SELEÇÃO DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

O uso da epidemiologia na prática clínica apresenta dois componentes principais:

1. O dia-a-dia da prática médica evidencia discordâncias quanto à relevância dos achados clínicos e dados laboratoriais, ao valor dos testes diagnósticos, à evolução, ao prognóstico, às formas de tratamento, prevenção, etc. *(23, 24, 25)*. A existência de discordâncias sobre o significado real de um dado clínico pode resultar em prejuízo grave ao paciente. Por exemplo: concluir que um indivíduo tem doença de Chagas porque apresenta reação de Machado Guerreiro positiva pode representar uma sentença da natureza psicológica e social de sérias implicações.

De acordo com Sackett e col. *(23, 24)*, a discordância clínica pode ser de duas modalidades:

a) o julgamento clínico sobre um sintoma ou sinal diagnóstico pode mostrar-se errado quando os dados disposníveis são cotejados com uma evidência mais "forte" (raios X ou biópsia por exemplo);

b) o julgamento clínico pode mostrar-se inconsistente (impreciso) se o exame clínico for repetido por outros médicos (ou pelo mesmo examinador uma segunda vez) no mesmo paciente e em condições similares. As diferentes conclusões sobre a presença de achados específicos da história e do exame físico constituem uma fonte comum de discordâncias. Entretanto, a concordância entre dois observadores não garante que ambos estejam corretos.

Uma melhor compreensão das causas de discordâncias torna mais fácil o estabelecimento de estratégias clínicas para melhorar a acuidade dos julgamentos e decisões clínicas. O conhecimento básico de princípios epidemiológicos e de bioestatística é importante no reconhecimento das causas de discordâncias e de como evitá-las na prática médica.

2. O clínico, em benefício dos pacientes de que cuida e de seu aperfeiçoamento profissional, tem necessidade de atualização sobre mecanismos de doenças, acuidade de novos testes laboratoriais e validade de novas modalidades de tratamento ou de métodos de prevenção. O volume de informações adquiridas através da literatura especializada e do relacionamento interprofissional, além de grande, é muitas vezes contraditório. A confiabilidade das informações advogando este ou aquele procedimento merece verificação. Se isso é importante em relação à literatura científica propriamente dita, maior rigor de análise deverá existir com as fontes comerciais de informação (indústria farmacêutica e de equipamentos médicos), as quais exercem grande influência na escolha de procedimentos médicos *(26)*. Conseqüentemente, o clínico deve munir-se de capacidade de avaliação crítica da literatura científica e de outras fontes de informação científica.

O conhecimento de princípios e métodos básicos de epidemiologia e de

bioestatística deve, portanto, ser colocado à disposição do clínico como instrumento de análise crítica para a escolha de métodos de diagnóstico e tratamento. Esse conhecimento deverá incluir aspectos básicos de delineamento de pesquisa, amostragem, alocação randomizada de pacientes, análise de resultados, probabilidades, significância clínica e estatística, etc.

Com a criação em hospitais, universidades e órgãos públicos de saúde (em diversos países) de serviços e mesmo de departamentos orientados para estudos de epidemiologia clínica e avaliação de novas e atuais tecnologias de diagnóstico e tratamento, começam a aparecer na literatura estratégias para o médico prático discriminar entre procedimentos úteis e inúteis ou mesmo prejudiciais ao paciente. Essas estratégias, com base em princípios epidemiológicos e de bioestatística, deverão ter um papel importante no aumento da capacidade de avaliação crítica do médico.

RESUMO

Com a conceituação atual de epidemiologia, não mais confinada ao estudo dos surtos de doenças infecto-contagiosas, mas voltando o seu enfoque para as doenças crônico-degenerativas, torna-se cada vez mais necessário habilitar o clínico a fazer uso dos seus princípios e métodos na prática médica.

Argumentando nesse sentido, o autor destaca a importância da atividade clínica à cabeceira do paciente como fonte de descoberta e comprovação—ou refutação—de hipóteses levantadas no laboratório experimental e nos estudos de saúde pública. O clínico, que prescreve os procedimentos de diagnóstico e tratamento, estaria, neste caso, em melhores condições que o epidemiologista para orientar a solução de problemas relevantes de saúde.

Valiosa nas áreas da pesquisa clínica e da seleção e análise de métodos de ação preventiva e curativa, a epidemiologia clínica é importante também na elucidação da história natural e dos fatores causais das doenças, na determinação da eficácia de novos procedimentos, na ponderação dos benefícios por eles trazidos e na avaliação da eficiência dos próprios serviços de saúde que os colocam à disposição da população.

A colocação do conhecimento básico da epidemiologia nas mãos do clínico, como instrumento de análise para escolha de métodos de diagnóstico e tratamento, seria o caminho para aumentar a sua capacidade de avaliação crítica.

REFERÊNCIAS

(1) Lowe, C. R., e J. Kostrzewski, *Epidemiology. A guide do teaching methods,* IEA, Churchill Livinstone, London, 1973.

(2) Feinstein, A. Mimeografado. Yale University, 1973.

(3) White, K. L. *Epidemiology as a Fundamental Science.* Ed. White and Henderson, pgs. 66-77, Oxford University Press, New York, 1976.

(4) Enciclopaedia Britannica, 15ª ed., Vol. 16, pg. 529, 1974.

(5) Feinsten, A. R. Scientific Methodology in Clinical Medicine. I, II, III, IV, *Ann Int Med, 61:* 564/757/944 e 1162, 1964. (Série de quatro artigos analisando o desenvolvimento das ciências biomédicas, a metodologia da investigação clínica e a importância dos dados clínicos).

(6) Acheson, E. D. Clinical Practice and Epidemiology: Two worlds or one? *Brit Med J, 1:* 723-726, 1979.

(7) Heger, J. J., *et al.* Amiodarone: Clinical Efficacy and Eletrophysiology, *New Eng J Med, 305:* 539, 1982.

(8) Unstable angina pectoris. National coop. study group to compare medical and surgical therapy. IV-Results in patients with left anterior descending artery disease, *Am J Cardiol 48:* 517, 1981.

(9) Underwood, H. G., *et al.* CT Scanning of The Thorax in the Stage of Brochogenic Carcinoma, *New Engl J Med, 300:* 777, 1979.

(10) Wallace, D., *et al.* A double blind controlled study of lymphoplasmapheresis versus sham ampheresis in Rheumatoid arthrites, *New Eng J Med, 306:* 1406, 1982.

(11) NIH-NCI. *Consensus Development meeting on Breast Cancer Screening, Issues and Recommendations,* Sept. 14-17. Bethesda, Md, 1977.

(12) OTA. *Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies,* Washington, D.C., 1978.

(13) Fuchs, R., e S. Scheidt. Improved criteria for admission to cardiac care units, *JAMA, 264:* 2037, 1981.

(14) Boch, E., e E.A.M. Gale. *Brit Med J,* Nov. 1981, citado em *Hospital Practice, 17:* 214, 1982.

(15) Feinberg, H. V., e H. H. Hiatt. Evaluation of medical practices: The case for technology assessment, *New Eng J Med, 301:*1087, 1979.

(16) Sackett, D. L. Clinical Epidemiology, *Am J Epidemiol, 89:*1969. (Artigo discutindo aspectos conceituais da Epidemiologia clínica).

(17) Marcílio de Souza, C. A., e R. H. Albuquerque. *Programa de Epidemiologia,* CNPq, Brasília, 1981.

(18) Cochrane, A. L. *Effectiveness and Efficiency: Randon Reflections on Health Services,* London, The Nuffield Prov. Hospt. Trust, 1972.

(19) Veterans Administration Study Group, Effects of Treatment on Morbidity in Hypertension, *JAMA, 202:* 116-122. 1969.

(20) Veterans Administration Study Group, Effects of Treatment on Morbidity in Hypertension, *JAMA, 213:* 1143, 1970.

(21) Report from the Committee of Principal Investigators, A Cooperative Trial in the Primary Prevention of Ischaemic Heart Disease Using Clofibrate, *Brit Heart J, 40:* 1069-1118, 1978.

(22) Rodrigues da Silva, G., *Relatório do Programa de Doenças Endêmicas, CNPq, 1980.*

(23) Sackett *et al.,* Clinical disagreement. I. How often it occurs and why. *Canad M As J, 123:*499, 1980.

(24) Sackett *et al.,* Clinical disagreement. II. How to avoid it and how to learn from one's mistakes, *Canad Med J, 123:* 613, 1980.

(25) Koran, L. M., The reliability of clinical methods data and judgements, (2 partes), *New Eng J Med, 293:*642 e 695, 1975.

(26) Avorn, J., *et al.,* Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians, *Am J Med, 73:*4, 1982.

LA EPIDEMIOLOGIA EN MEDICINA CLINICA *(Resumen)*

Con el concepto actual de epidemiología, que ya no está limitada al estudio de los brotes de enfermedades infecciosas sino que se orienta también al de las crónicas y degenerativas, resulta cada vez más necesario capacitar al clínico para que aplique sus principios y métodos en la práctica médica.

Disertando en ese sentido, el autor destaca la importancia de la atención clínica de cabecera como fuente de información, así como también de comprobación o refutación de las hipótesis de laboratorio de experimentación y de estudios de salud pública. El clínico que prescribe los métodos de diagnóstico y tratamiento estaría así en mejores condiciones que el epidemiólogo para buscar solución a los problemas de salud de que se trate.

La epidemiología clínica, útil en los sectores de investigación y de selección y análisis de métodos de acción preventiva y curativa, resulta también importante para elucidar la historia natural y los factores causantes de enfermedades, determinar la eficacia de los nuevos procedimientos, evaluar los beneficios que estos reportan y puntualizar la eficiencia de los propios servicios de salud que ponen los procedimientos a disposición de las poblaciones.

El conocimiento básico de la epidemiología, puesto al alcance del clínico como instrumento de análisis para la elección de métodos de diagnóstico y tratamiento, sería una manera de mejorar su capacidad de evaluación crítica.

EPIDEMIOLOGY IN CLINICAL MEDICINE *(Summary)*

Today, epidemiology is no longer confined to the study of outbreaks of infectious-contagious diseases, but is shifting its focus to the chronic-degenerative diseases, and it is becoming increasingly necessary to train the clinician to apply its principles and methods in his medical practice.

In his argument to this effect, the writer stresses the importance of bedside clinical work as a means to discovery and to the confirmation—or refutation—of hypotheses propounded in the experimental laboratory and in public health studies. As the prescriber of procedures for diagnosis and treatment, the clinician, it is asserted, is better placed than the epidemiologist to provide guidance for the solution of salient health problems.

While of value in clinical research and the choice and analysis of preventive

and curative methods, clinical epidemiology is also important for elucidating the natural history and causative factors of diseases, determining the effectiveness of new procedures, assessing the benefits to be gained from them, and evaluating the efficiency of the very health services that make them available to the population.

Giving the clinician a basic understanding of epidemiology as an analytical instrument for the selection of methods of diagnosis and treatment, it is maintained, is the way to enhance his capacity for critical evaluation.

L'ÉPIDÉMIOLOGIE EN MÉDICINE CLINIQUE *(Résumé)*

Avec le concept actuel de l'épidémiologie, qui ne se limite plus à l'étude des cas de maladies infectieuses, mais qui s'oriente également vers les maladies chroniques et dégénératives, il devient de plus en plus nécessaire d'apprendre au personnel clinique à appliquer ses principes et méthodes à la pratique de la médecine.

Développant cette idée, l'auteur souligne l'importance des soins cliniques de chevet comme moyen de découvrir et de confirmer—ou de réfuter—des hypothèses proposées par le laboratoire expérimental et dans les études de santé publique. Etant celui qui prescrit les procédures de diagnostic et de traitement, le médecin clinique, souligne cette étude, est mieux placé que l'épidémiologiste pour aider à la recherche de solutions aux problèmes de santé.

L'épidémiologie clinique, utile dans les secteurs de la recherche et du choix et de l'analyse des méthodes préventives et curatives, se révèle également importante comme moyen d'élucider l'histoire naturelle et les facteurs qui causent les maladies, de déterminer l'efficacité de nouveaux procédés, d'évaluer les avantages à en tirer et de mesurer l'efficacité des services de santé qui mettent ces procédés à la disposition de la population.

La connaissance de base de l'épidémiologie, mise à la portée du médecin clinique en tant qu'instrument d'analyse pour le choix des méthodes de diagnostic et de traitement, constitue un moyen d'améliorer sa capacité d'évaluation critique.

Educ Méd Salud, Vol. 17, No. 1 (1983)

Acerca de las necesidades de adiestramiento de personal de salud y nutrición en los países en desarrollo[1]

HERNAN L. DELGADO[2], VICTOR VALVERDE[2] Y LUIS O. ANGEL[3]

INTRODUCCION

Para el decenio 1981-1990 se prevé, a nivel mundial, la agudización de los problemas socioeconómicos y geopolíticos que ya se habían manifestado en la década pasada. Entre estos se incluyen la inflación, la crisis energética y un mayor distanciamiento entre los países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo.

Para los países latinoamericanos, la presente década también plantea serios retos. En su gran mayoría, estos países carecen de estrategias adecuadas para el desarrollo e inician el decenio enfrentando un grave estancamiento económico y soportando la tradicional falta de recursos materiales y humanos. Esto necesariamente incidirá, en mayor o menor grado, en las tasas de pobreza, morbilidad y desnutrición.

Dos hechos son obvios. En primer lugar, los países latinoamericanos no deben esperar la ayuda masiva y desinteresada de otros países más desarrollados. El esfuerzo tiene que ser fundamentalmente interno, utilizando al máximo los recursos locales, con un claro sentido de la realidad *(1).* En segundo lugar, este esfuerzo local solo tendrá éxito si se dispone de personal adiestrado en diversas capacidades, de recursos materiales y financieros bien administrados y de técnicas de organización que permitan obtener los mejores resultados al menor costo económico *(2).*

En este documento se revisan algunos aspectos relacionados con el adiestramiento del personal de salud y nutrición en métodos de investigación epidemiológica nutricional que sirven de apoyo a la toma de deci-

[1]Este trabajo se realizó con fondos de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de los Estados Unidos y de la Organización Panamericana de la Salud. Parte del mismo fue presentado en el X Congreso de Nutrición y Dietética de Centro América y Panamá y el I Congreso Hondureño de Nutrición (Tegucigalpa, Honduras, 26-30 de octubre de 1981).

[2]Profesionales de la División de Desarrollo Humano, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Guatemala, Guatemala, C. A.

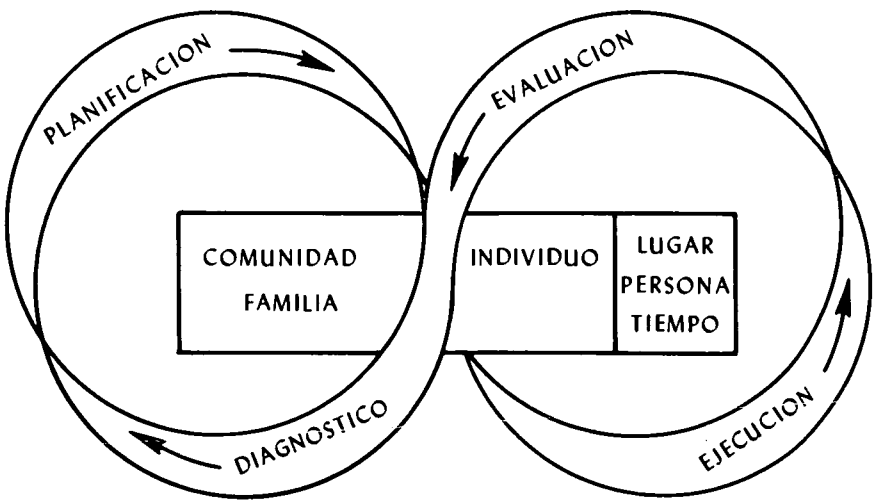
[3]Director Interino del INCAP.

siones y a la ejecución y evaluación de proyectos y programas de impacto nutricional.

GENERALIDADES SOBRE LA INVESTIGACION Y LA TOMA DE DECISIONES

Los gobiernos de los países en desarrollo están especialmente interesados en que se obtengan los máximos beneficios de programas de bajo costo económico; por lo tanto, es necesario que el proceso de toma de decisiones tenga bases científicas sólidas. Para lograrlo, las decisiones deben apoyarse en un proceso dinámico y creativo, que comprenda las etapas de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de las acciones. Estas etapas se representan en la figura 1 como secciones de una cinta enrollada, que simboliza la continuidad del proceso y la complejidad de sus interrelaciones. El diagnóstico, la planificación y la ejecución de los programas se enriquecen con una evaluación continua del proceso y del impacto de los programas. Estos conceptos son fundamentales para la toma de decisiones relacionadas con salud y nutrición—tanto por el personal profesional como por el subprofesional—que resultan en acciones a nivel del individuo, la familia y la comunidad.

Figura 1. Modelo simplificado de toma de decisiones en salud y nutrición.



Fuente: INCAP

La figura 2 presenta los contenidos de la fase diagnóstica. Tanto esta figura como la 3 y la 4 se basan en el modelo de análisis de sistemas sugerido por Braden y Herban *(3),* que por su simplicidad facilita la presentación de estos conceptos.

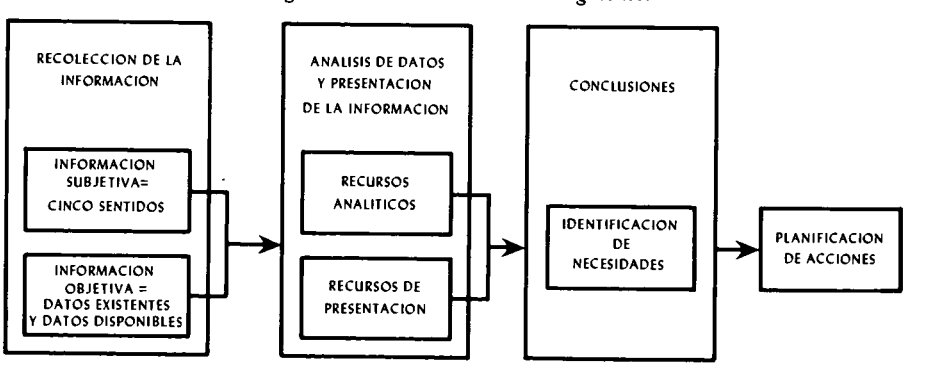
El estudio diagnóstico incluye el análisis de la información existente, la recolección de información subjetiva y objetiva, su análisis y la identificación de las necesidades de una comunidad o de grupos de población. Con base en las necesidades así identificadas, se seleccionan y ejecutan programas de solución, tal como se esquematiza en la figura 3.

Para nuestros propósitos, definiremos como programa el conjunto de actividades organizadas para eliminar o reducir uno o más problemas. La fase de planificación contiene dos aspectos evaluativos: lo apropiado y lo adecuado de los distintos programas de solución *(4-6).* La evaluación de cuán apropiado es un programa implica el análisis de la importancia del problema detectado y la prioridad que debe asignársele, así como el análisis de las posibles medidas de solución. Lo adecuado de un programa permite estimar su impacto en la reducción del problema, es decir, la proporción en que lo reduce o elimina. La medida de la adecuación de diversos programas de solución depende, en parte, del análisis de los recursos existentes y, especialmente, del análisis de las soluciones propuestas por la comunidad.

La definición del programa más recomendable incluye el establecimiento de objetivos y metas, actividades y recursos. Los objetivos deben permitir dar respuesta a preguntas como estas:

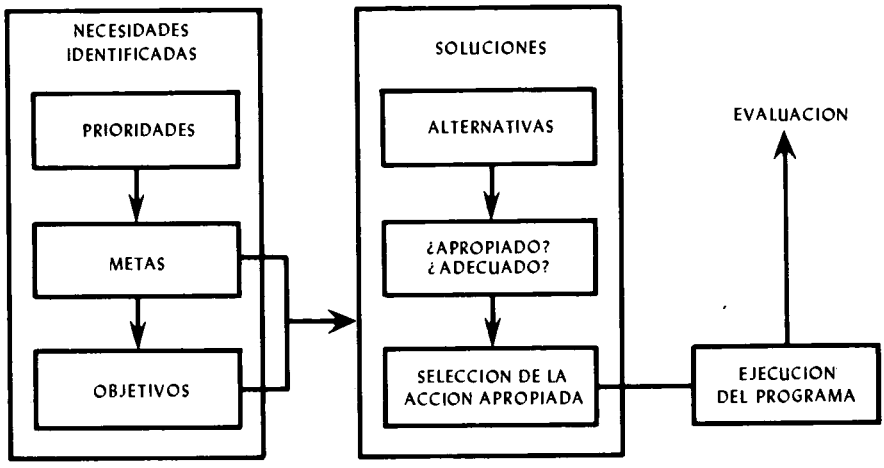
1) ¿Qué se espera del programa?
2) ¿En qué medida resolverá el problema?
3) ¿A quién va dirigido el programa?

Figura 2. Contenido del estudio diagnóstico.



Fuente: INCAP

Figura 3. Planificación y ejecución del programa.



Fuente: INCAP

4) ¿Dónde se desarrollará el programa?

5) ¿Cuándo se desarrollará el programa?

Las actividades se definen como el trabajo realizado por el personal del programa y los equipos al servicio de un objetivo. Por último, los recursos utilizables se especifican en rubros, tales como personal, financiamiento, materiales, y facilidades disponibles para la ejecución de una actividad. Tanto los objetivos como las actividades y los recursos necesarios deben definirse cuidadosamente antes de poner en práctica el programa.

En la fase de planificación de un programa se asumen las siguientes premisas:

1) La utilización correcta de los recursos resultará en el desarrollo de las actividades planeadas.

2) El desarrollo adecuado de las actividades permitirá el cumplimiento de los objetivos específicos.

3) Los objetivos específicos deben cumplirse en un orden determinado; si todos se cumplen, el programa alcanzará los objetivos generales deseados.

La evaluación tiene por objeto el examen del programa, en términos del cumplimiento de las actividades planeadas y de la medida en que se alcanza la población foco del programa. Esta información corresponde a la evaluación del proceso, proporciona medidas de eficiencia y será de gran utilidad para retroalimentar al programa. Por otra parte, la eva-

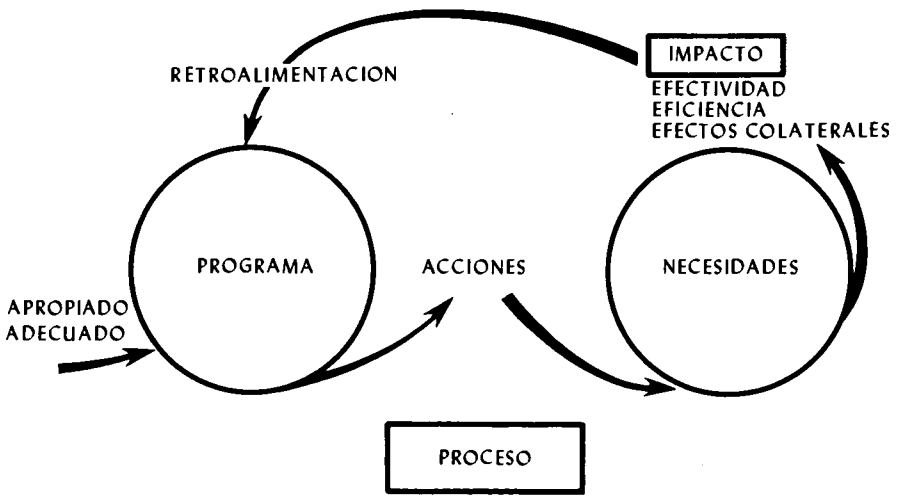
luación definitiva o evaluación del impacto se orienta al análisis de las metas del programa proporcionando medidas de efectividad y de eficacia, y revelando los efectos colaterales o secundarios. La relación del proceso de evaluación con los otros componentes se ilustra en la figura 4.

La relación entre la investigación diagnóstica y evaluativa con la toma de decisiones podría parecer simplista. En realidad, el conocer en profundidad cada uno de estos aspectos puede tomar años. Sin embargo, es deseable que los profesionales de nivel decisorio y los participantes activos en el proceso de formulación y ejecución intersectorial de políticas nacionales de salud, alimentación y nutrición tengan esa capacitación. Por otra parte, el personal de nivel intermedio y auxiliar también debe ser adiestrado de modo general en materia de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los programas en los cuales tiene responsabilidades, y sobre todo, en lo que incumbe al cumplimiento de sus tareas específicas.

LA PROBLEMATICA NUTRICIONAL Y LA NECESIDAD DE RECURSOS HUMANOS

A pesar de las limitaciones que impone la información estadística poco confiable o no actualizada—problema que afecta a una buena proporción

Figura 4. Modelo de evaluación.



Fuente: INCAP

de los países latinoamericanos—esta permite ir precisando las características predominantes de la situación de salud y nutrición de la población *(7)*. Se ha determinado que los riesgos que existen para las madres y el grupo de población de menores de cinco años representan una parte importante de los problemas de salud y nutrición en la mayor parte de los países latinoamericanos y, en particular, en los países de Centroamérica. Tal situación, propia de los países en desarrollo, obedece sobre todo a la mala alimentación, a la prevalencia de las enfermedades infecciosas y a los riesgos inherentes de la reproducción.

Se ha identificado, además, una serie de factores que influyen de manera desfavorable en la salud y nutrición de la madre y del niño. Entre ellos están los de tipo económico (bajo ingreso per cápita), la distribución predominantemente rural de la población, las deficientes condiciones de saneamiento, el analfabetismo, etc. Debido a la estrecha asociación que existe entre esos factores y las altas tasas de desnutrición, morbilidad y mortalidad (especialmente infantil y preescolar) estas se identifican como indicadores del nivel de vida de una comunidad.

Otro factor determinante de la mayor o menor magnitud de los problemas de salud y nutrición del grupo maternoinfantil lo constituye la organización y extensión de los servicios y la disponibilidad de recursos humanos y materiales. En la mayor parte de los países, dichos servicios y recursos están por debajo de los requisitos para desarrollar acciones significativas.

Toda esta información, proveniente principalmente del sector salud, permite tener una idea general de la situación nutricional existente en los países latinoamericanos. Teniendo en cuenta que las actividades de investigación y el conocimiento de los problemas alimentarios y nutricionales competen al sector salud, en las Discusiones Técnicas de la XXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS *(8)* se identificaron como responsabilidades directas de los Ministerios de Salud las siguientes:

- Medición de la magnitud y determinación de la naturaleza, estructura e importancia del fenómeno.
- Evaluación de la cantidad y calidad de los nutrientes y calorías necesarias para mantener niveles nutricionales satisfactorios en los diversos grupos de población.
- Determinación de la vulnerabilidad de la población, así como de los requerimientos nutricionales en función de las variaciones esperadas en cada grupo de edad.
- Determinación de estos requerimientos nutricionales en términos de cantidad y calidad de alimentos que deben consumirse.

- Investigación y proposición de alternativas técnicas para la sustitución y fortificación de alimentos, en función de los problemas específicos de nutrición y de la disponibilidad alimentaria, costos de producción, precios al consumidor y eventuales restricciones debidas a las necesidades de la economía en su conjunto, en materia de exportaciones e importaciones.

Es evidente que cada una de esas actividades precisa técnicas de investigación científica de complejidad variable. Mientras que la magnitud del problema nutricional podría definirse por medio de un estudio de corte transversal en los grupos de interés, la determinación de la vulnerabilidad de la población o de los requerimientos nutricionales de diferentes grupos de población exigirá estudios prospectivos más complicados.

En las mismas Discusiones Técnicas se definieron también las prioridades de planes y programas del sector salud relacionados con nutrición y alimentación *(9)* que se indican a continuación:

- Fortalecimiento y extensión de las actividades de nutrición en los servicios primarios de salud, como parte integral de los programas de salud de la familia.
- Vigilancia del estado nutricional de la población, en especial de los grupos de más alto riesgo, o sea madres y niños.
- Medidas de prevención para el control de enfermedades nutricionales específicas.
- Fortalecimiento técnico y administrativo de los servicios de alimentación en escuelas, hospitales, guarderías, empresas colectivas, etc.
- Formación y adiestramiento en nutrición del personal de los servicios de salud, con especial atención al personal intermedio y auxiliar.

De nuevo hay que reiterar que para el cumplimiento de estas prioridades es necesario formar y adiestrar el personal, tanto del nivel intermedio y auxiliar, como del profesional encargado de la planificación, de los diagnósticos y sistemas de vigilancia, del análisis e interpretación de los datos, de la planificación de programas, toma de decisiones, evaluación, etc.

INDICADORES DEL ESTADO NUTRICIONAL EN INDIVIDUOS Y GRUPOS DE POBLACION

El contenido de los estudios diagnósticos orientados a la definición del estado nutricional de grupos de población se resume en la figura 2. Como en cualquier estudio diagnóstico, en primer término habrá que definir los propósitos y determinar las áreas de interés, para luego proceder a la planificación de acciones, la recolección de la información, el procesamiento

e interpretación de los datos, la redacción del informe y la evaluación del proceso y del impacto del estudio diagnóstico. Las fuentes de información alimentaria y nutricional frecuentemente utilizadas en el sector salud incluyen datos antropométricos, encuestas dietéticas, estadísticas demográficas, datos socioeconómicos, encuestas clínicas, estudios bioquímicos, etc. *(10)*. Cada una de estas fuentes proporciona información relacionada con la situación alimentario-nutricional que varía en cuanto a su validez, confiabilidad, cobertura y utilidad práctica. Sin embargo, la fuente de información nutricional más al alcance del personal de salud y más frecuentemente subutilizada es la antropometría física. El peso y la talla de niños de edad preescolar constituyen medidas suficientemente válidas y confiables del estado nutricional de las poblaciones, y pueden ser utilizadas para evaluar el estado nutricional en un momento dado, o los cambios en el tiempo *(11)*. Además, su capacidad para reflejar el estado nutricional y predecir riesgos futuros los convierten en indicadores ideales para la investigación así como para la evaluación ulterior de individuos con desnutrición clínica.

Lo anterior explica por qué la magnitud de los problemas nutricionales de los países en desarrollo se refleja a menudo en los hallazgos de las encuestas nacionales de medidas antropométricas. En su mayoría, estas consisten en secciones transversales, en una muestra representativa de la población o en grupos de población que son de interés. Así, es frecuente encontrar en la literatura nutricional informes del porcentaje de niños con talla o peso bajos para la edad o con peso bajo en relación con la estatura.

Además de las encuestas, los servicios de salud recolectan datos antropométricos a nivel de los puestos y centros de salud, y registran el peso de los recién nacidos en las maternidades. Aun cuando esa información es en general poco representativa—ya que los que asisten a los centros o puestos de salud constituyen una muestra sesgada de la población infantil en una comunidad—resulta de gran utilidad para el descubrimiento y tratamiento de casos con desnutrición clínica. Por otra parte, la tendencia actual de extensión de los servicios de salud a la comunidad y a la familia por medio de promotores y visitas domiciliarias, permite la obtención periódica de información representativa del nivel de salud comunitario y el tamizaje de la población para la selección de casos con desnutrición clínica o expuestos a alto riesgo de desnutrición. Esto constituye la base de un sistema de información epidemiológico-nutricional *(12)*.

Sin embargo, la recolección de información, así como la ejecución de acciones que afectan el estado de salud y nutrición de poblaciones, no se

limita a los servicios de salud. Por lo tanto, es necesario que el personal de otros sectores, además de los de salud, sea adiestrado en técnicas de recolección de información, análisis, interpretación, planificación y evaluación de acciones en salud y nutrición. A continuación se presenta el caso de la recolección de información antropométrica en niños de edad escolar en Costa Rica, para la cual se utilizaron recursos del Ministerio de Educación Pública *(13)*.

ESTUDIO DE CASO: EL CENSO DE TALLA EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR EN COSTA RICA[4]

En 1979, el Sistema de Información en Nutrición (SIN) y el Ministerio de Educación Pública de Costa Rica desarrollaron un proyecto para la medición de la talla en los niños de primer grado del primer ciclo escolar a nivel nacional. El SIN preparó un instructivo muy sencillo y detallado y un tallímetro de cartulina para fijar en la pared, que se enviaron a todos los maestros para capacitarlos en la toma de la medida de talla. Se solicitó a los maestros que inicialmente se ejercitaran en la obtención de la medida y que posteriormente, en parejas, efectuaran la medición de todos los niños del primero grado de primaria. En total, 2.634 escuelas de las 2.880 que funcionaban durante ese año (91,46%) recolectaron la información en más de 50.000 niños y la enviaron a nivel central para análisis. Los resultados de esa encuesta aparecen en una publicación del Sistema de Información en Nutrición *(13)*.

Además de la recolección de la información, se consideró fundamental efectuar un estudio de la calidad de los datos recabados, utilizando la metodología de estandarización y control de calidad propuesta por Habicht *(14)*. Con el objeto de estimar la confiabilidad de los datos, se seleccionó una muestra aleatoria de las escuelas a nivel nacional, ponderando las escuelas del área rural y del área urbana.

Un grupo de antropometristas, a los que se dio instrucciones similares, visitaron las escuelas primarias seleccionadas en el muestreo y midieron dos veces, en cada escuela, a 10 niños seleccionados al azar. Estos niños fueron también medidos en forma repetida e independientemente por el maestro responsable de la medición original de talla. Además de las me-

[4]Los autores agradecen la colaboración del Sistema de Información en Nutrición de Costa Rica, que hizo posible la utilización de sus experiencias en el control de calidad del Censo Nacional de Talla realizado en 1979.

diciones, los antropometristas recolectaron información relacionada con las posibles fuentes de error técnico en las mediciones. Un supervisor se responsabilizó de volver a examinar un porcentaje equivalente al 10% de los niños y de servir de patrón de referencia en los ejercicios de estandarización de los antropometristas. El supervisor tenía un error de medición mínimo y contaba con amplia experiencia en la toma de talla. Se aseguró, entonces, que los antropometristas estuvieran estandarizados mediante sesiones semanales durante el control de la calidad de los datos. El estudio de la calidad de la información incluyó, además, el análisis del instructivo y del instrumento de medida. A continuación se presentan por separado los resultados de los estudios efectuados.

Calidad del instructivo

Como se indicó anteriormente, el instructivo enviado a los maestros sirvió de base para que estos aprendieran a medir la talla de los niños. Es importante, por lo tanto, estimar la capacidad del instructivo para adiestrar a personas sin experiencia previa en la obtención de la medida. Con ese fin, se efectuó un pequeño estudio en el cual cuatro personas, sin experiencia previa en la toma de la talla y después de leer y estudiar el instructivo, midieron la talla de tres niños de edad escolar. Los resultados fueron comparados con los obtenidos por una antropometrista adiestrada y estandarizada en la toma de la medida. En esta comparación se encontró notable concordancia de valores entre las primeras mediciones de las cuatro examinadoras y los valores obtenidos por la antropometrista.

Calidad del instrumento

En general, una importante fuente de error en la toma de medidas antropométricas es la falta de colaboración de los sujetos a ser medidos y la poca precisión de los instrumentos de medición. En este caso, el SIN adjuntó al instructivo enviado a los maestros un tallímetro de cartulina que debía fijarse a una pared recta y, utilizando una escuadra, servía para determinar la estatura de cada niño. El tallímetro tiene una escala, en centímetros, de 0,5 y un rango de 89,5 a 135,0 cm.

Con el objeto de medir el error del instrumento, se comparó la medida obtenida en el tallímetro con una medida estándar de longitud fija. El resultado de la comparación de 198 tallímetros seleccionados por muestreo sistemático con la medida fija indicó un 97,5% de concordancia de valores. El 2,5% de los tallímetros con error se desviaba del patrón de medida

en ± 0,5 cm. Estos resultados indican que la magnitud del error asociado al tallímetro es bajísima en comparación con la variabilidad de talla en estos grupos de edad.

Calidad en la obtención de la medida

Se estimó que debían visitarse 100 escuelas como parte del estudio del control de calidad de la medida. Se incluyeron en el muestreo alternativas de visita, en caso de que tuvieran que eliminarse algunas escuelas por inaccesibilidad u otras razones. En total, el grupo de antropometristas estandarizados visitó 104 escuelas primarias en todo el país, y en cada una midió, en dos oportunidades, a 10 niños de primer grado, siendo la primera medición totalmente independiente de la segunda. Una de las maestras encargadas de las mediciones en el censo original realizó también dos mediciones repetidas e independientes de los mismos diez niños.

Se analizó la información recolectada a nivel de las escuelas para estimar la magnitud del error de medida. El cuadro 1 presenta los resultados del ejercicio de control de calidad expresados como medidas de precisión (error intrapersonal de medición) y de exactitud (error de medición interpersonal, es decir, entre el antropometrista estandarizado y el maestro de la escuela). Comparando estos resultados con los que usualmente se obtienen en proyectos de investigación epidemiológica, se encontró que los maestros de escuela obtuvieron medidas muy confiables.

Aplicación práctica de los resultados

Este censo de talla constituye un buen ejemplo de la participación de personal de otros sectores (educación en este caso) en la identificación de regiones con problemas nutricionales, un apropiado adiestramiento de ese personal en técnicas específicas, y un adecuado control de calidad de la información recolectada. El censo de talla ilustra la utilidad práctica de los resultados, que permiten identificar áreas prioritarias para el desarrollo de programas sociales y que forman la base de un programa de vigilancia epidemiológico-nutricional.

Por otra parte, el éxito de este proyecto no debe hacer pensar que la recolección de medidas antropométricas válidas y confiables es una tarea fácil. El adiestramiento del personal y su estandarización en la obtención de medidas antropométricas requiere la realización metódica de una serie de actividades. Habicht *(14)* propone los siguientes pasos a seguir:

- El supervisor y los estudiantes en fase de adiestramiento toman las medidas antropométricas de 10 sujetos, en forma repetida e independientemente. Se trata

Cuadro 1. Precisión y exactitud en la obtención de la medida de talla, en la prueba de control de calidad del censo de talla en niños del primer grado del primer ciclo escolar, Costa Rica, 1979.

Provincia	Número de escuelas	Precisión del supervisor ($d^2/2n$)	Precisión del profesor	Exactitud ($d^2/4n$)	Exactitud en relación con la variabilidad total de la medida (%)
San José	27	0,09 (78/154)[1]	0,12 (82/136)[1]	0,66 (108/176)[1]	4,1[2]
Alajuela	20	0,07 (68/96)	0,11 (60/109)	0,17 (57/130)	1,2
Cartago	9	0,16 (43/55)	0,22 (34/57)	0,42 (18/63)	2,6
Heredia	6	0,06 (18/25)	0,10 (18/32)	0,18 (19/45)	1,1
Guanacaste	17	0,07 (47/73)	0,13 (60/92)	0,18 (41/113)	1,1
Puntarenas	12	0,07 (36/56)	0,11 (41/59)	0,18 (16/80)	1,1
Limón	13	0,09 (45/65)	0,17 (49/75)	0,32 (39/104)	2,0
Total	104	0,09 (335/524)	0,13 (344/560)	0,34 (298/711)	2,1

[1]En paréntesis: Signos de diferencia positiva en las comparaciones y la suma total de signos positivos y negativos (excluyendo valores cero).

[2]Una profesora midió a los niños con zapatos.

Fuente: Datos del Sistema de Información en Nutrición, Oficina de Control de Asignaciones Familiares, Costa Rica, analizados siguiendo el método propuesto por Habicht *(14)*.

de que el encargado de obtener las medidas no recuerde el resultado de la primera medición al efectuar la segunda.

- La diferencia entre las medidas repetidas de cada examinador permite obtener una medida de la *precisión* con que se efectúan las mediciones.
- Una medida de precisión se obtiene también de las mediciones repetidas del supervisor. Esta se compara con la medida de precisión de los estudiantes.
- La diferencia entre la suma de las medidas de cada estudiante menos la suma de las medidas del supervisor permite obtener una medida de la *exactitud* con que cada estudiante efectúa las mediciones, en relación con las mediciones del supervisor.
- Los signos de la diferencia obtenida entre los estudiantes y entre estos y el supervisor permiten detectar errores sistemáticos.

Las preguntas que surgen en seguida son: ¿En qué medida ha sido realmente estandarizado en la toma de medidas antropométricas el personal responsable de la prestación de servicios y de la obtención de la información? y ¿Cuál es la confiabilidad de la información que ellos recolectan rutinariamente? El caso de la obtención de medidas antropométricas es un ejemplo que hace reflexionar acerca de la necesidad de adiestramiento del personal.

EL CURSO DE ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL EN EL INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA (INCAP)

Debido a la magnitud y severidad de los problemas nutricionales en los países en desarrollo, los gobiernos y las organizaciones internacionales y bilaterales reconocen la necesidad de contar con personal adecuadamente adiestrado en el diagnóstico de la problemática nutricional y en el desarrollo y evaluación de programas diseñados para atacar las causas que determinan la desnutrición.

A pesar de que se cuenta con cursos de pregrado y posgrado en materia de alimentación y nutrición, existe la necesidad de adiestrar personal a nivel práctico, en corto tiempo, en técnicas de investigación que incluyan la recolección, el flujo, el procesamiento y el análisis de datos sobre la nutrición y otros factores asociados, así como la preparación de informes que faciliten la toma de decisiones racionales en cuanto a los programas por realizar.

Para responder a esa necesidad, el INCAP posee un conjunto valioso de recursos y la experiencia acumulada de más de 30 años de investiga-

ciones de campo. Su personal profesional y no profesional ha estado involucrado en encuestas de investigación que incluyen muestreo, preparación de formularios, adiestramiento de personal en distintas técnicas de recolección de datos, contacto inicial con comunidades y familias participantes, diseño y ejecución de sistemas de control de calidad de la información y de los procedimientos y del flujo de datos del lugar de la encuesta a la ciudad. Al mismo tiempo, el Instituto cuenta con amplia experiencia en el procesamiento y análisis de información y en la preparación de informes y artículos científicos.

La planificación del adiestramiento de personal *(15)* debe incluir lo siguiente:

- Análisis de la situación existente, mediante el diagnóstico de los recursos humanos.
- Estudio del desarrollo histórico de cada especialidad de trabajo técnico y profesional.
- Exploración de las necesidades presentes.
- Proyección de las necesidades y posibilidades futuras de adiestramiento.
- Definición del orden de prioridades para el adiestramiento de personal.
- Organización de un programa de adiestramiento con efecto multiplicador.

En el caso del programa del INCAP, el adiestramiento se orienta a métodos de investigación de campo, con énfasis en el diseño y la evaluación de programas enfocados a reducir o erradicar los problemas nutricionales en los países en desarrollo. Este adiestramiento tutorial abarca las siguientes áreas:

- Utilización de mediciones antropométricas para la definición del estado nutricional de una población.
- Técnicas de medición de la ingesta alimentaria.
- Encuestas de morbilidad.
- Recolección de datos de censo y de historia de embarazos de la mujer.
- Recolección y análisis de datos sobre programas simplificados de atención médica primaria.
- Estudios de factibilidad para el diseño y la evaluación de intervenciones nutricionales.
- Sistemas de vigilancia alimentaria nutricional.

Las áreas de adiestramiento señaladas anteriormente se complementan con estos aspectos:

- Información general sobre organización y diseño de encuestas y otras formas de recolección de datos.

- Información general sobre flujo, procesamiento y análisis de datos; preparación y uso de informes y publicaciones científicas.
- Adiestramiento en la transmisión, manejo y utilización de datos a diferentes niveles de la estructura técnica en programas de alimentación, nutrición y otros de impacto nutricional.

Como ejemplo del contenido de estos cursos, el cuadro 2 describe el programa de instrucción en antropometría.

El adiestramiento tutorial en cada una de las áreas está dirigido a profesionales y subprofesionales de instituciones o programas que recogen y/o utilizan información nutricional y de salud. Su duración depende de las necesidades e intereses de cada estudiante y de su preparación y experiencia previas.

RESUMEN

En este trabajo se analizan algunos factores relacionados con la capacitación de personal de salud y nutrición en países en desarrollo en general y en América Latina en particular, tanto del personal de nivel técnico profesional responsable de la formulación de planes y programas, como del personal auxiliar encargado de la prestación de los servicios.

Tomando como ejemplo las necesidades de formar recursos humanos capacitados en técnicas de investigación y en la toma de decisiones con bases científicas, y siguiendo el modelo de análisis de sistemas, se discuten aspectos relacionados con el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación de programas de salud y nutrición.

Se indican diversas formas de llevar a cabo la formación de personal en técnicas de investigación utilizando el personal disponible y a base de instructivos y métodos sencillos que no se utilizan plenamente, como la recolección de datos antropométricos.

Asimismo, los autores hacen hincapié en la posibilidad de que mediante un esfuerzo de los países se puedan identificar en corto tiempo y a bajo costo los factores de riesgo que influyen en la salud y la nutrición de la población, especialmente del grupo maternoinfantil.

Como un ejemplo práctico de programas que se han originado en países en desarrollo y que utilizan al máximo al personal auxiliar para la obtención de información confiable y válida que contribuya a la toma de decisiones, se revisa el caso del censo de talla efectuado en Costa Rica, en el que se incluyeron los niños de primer grado del primer ciclo escolar a

Cuadro 2. Contenido del programa de adiestramiento en antropometría.

	Primera semana	Segunda semana	Tercera semana	Cuarta semana	Quinta semana	Sexta a séptima semanas	Octava a décima semanas
TEORIA	Introducción al curso tutorial. Identificación del papel de la información antropométrica para evaluar la situación alimentario-nutricional de una población. Nociones generales de crecimiento y desarrollo. Validez de la información antropométrica como indicador del estado nutricional.	Señalamiento de las ventajas y desventajas de los diferentes indicadores antropométricos para estudios de diagnóstico, vigilancia e investigación. Uso de valores de adecuación de medidas antropométricas en relación con medidas de referencia.	Selección de muestras poblacionales para diversos estudios antropométricos. Diseño de estudios epidemiológicos y sistemas de vigilancia nutricional.	Adiestramiento en técnicas de estandarización y control de calidad. Técnicas analíticas.	Técnicas de preparación de formularios y manuales de adiestramiento. Preparación de informes.	Organización de sistemas de recolección de datos y flujo de la información. Procesamiento de datos.	Recolección de datos, análisis e interpretación. Informe de resultados.
PRACTICA					Aprendizaje de la toma de medidas antropométricas. Experiencias de campo.		
							Preparación de documentos e informes.

nivel nacional. Asimismo, se describen los contenidos del programa de adiestramiento tutorial del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).

REFERENCIAS

(1) Mahler, H. Las estrategias epidemiológicas para la salud en un mundo cambiante. *Bol Of Sanit Panam* 84(2):95, 1978.

(2) Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales. Washington, D.C., *Documento Oficial 179,* 1982.

(3) Braden, C. J. y N. L. Herban. *Community Health. A System Approach.* Nueva York, Appleton-Century-Croft, 1976.

(4) Deniston, O. L., I. M. Rosenstock, y V. A. Getting. Evaluation of program effectiveness. *Public Health Rep* 83:323, 1968.

(5) Deniston, O. L., I. M. Rosenstock, W. Welch, y V. A. Getting. Evaluation of program efficiency. *Public Health Rep* 83:603, 1968.

(6) Deniston, O. L. e I. M. Rosenstock. Evaluating health programs. *Public Health Rep* 85:835, 1970.

(7) Organización Panamericana de la Salud. Facts and figures on health in the Americas: a review of major trends. *Bull Pan Am Health Organ* 12(2):154, 1978.

(8) Organización Panamericana de la Salud. Discusiones Técnicas de la XXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS: Metodología para la formulación de políticas nacionales de alimentación y nutrición y su ejecución intersectorial. *Bol Of Sanit Panam* 80(6):478, 1976.

(9) Organización Panamericana de la Salud. Discusiones Técnicas de la XXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS: Informe Final. *Bol Of Sanit Panam* 80(6):469, 1976.

(10) Jelliffe, D. B. Evaluación del estado de nutrición de la comunidad (con especial referencia a las encuestas en las regiones en desarrollo). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Serie de Monografías No. 53, 1968.

(11) Martorell, R., V. Valverde, y H. Delgado. La antropometría en los sistemas de salud. Trabajo presentado en el Simposio sobre Tecnología Apropiada para la Salud. OPS, Washington, D. C., 6-10 de octubre de 1980.

(12) Mason, J., J. P. Habicht, H. Tabatabai, y V. Valverde. *Vigilancia nutricional: revisión en progreso.* (En prensa).

(13) Valverde, V. Regionalización de los problemas nutricionales y análisis de la talla y la edad de ingreso a primer grado de los niños costarricenses. *Bol Inf SIN* 1(7):23, 1980.

(14) Habicht, J. P. Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno. *Bol Of Sanit Panam* 76:375, 1974.

(15) Castro, V., F. y M. Segovia. El desarrollo institucional de los servicios de salud. *Bol Of Sanit Panam* 79:468, 1975.

TRAINING NEEDS FOR HEALTH AND NUTRITION PERSONNEL IN DEVELOPING COUNTRIES *(Summary)*

This paper examines some of the factors related to the training of health and nutrition personnel in developing countries in general and in Latin America in particular. It addresses both professional and technical level staff responsible for the formulation of plans and programs, and auxiliary personnel responsible for the delivery of services.

Using the systems analysis model, the need for training human resources in research techniques and decision-making on a scientific basis is taken as an example for a discussion of aspects of the diagnosis, planning, execution and evaluation of health and nutrition programs.

Various ways are indicated of giving training in research techniques, using the personnel available and employing simple instructions and methods, currently under-used, such as gathering anthropometric data.

The authors stress that if an effort were to be made in the countries, the risk factors influencing health and nutrition, particularly among the maternal-child group, might well be identified quickly and without great cost.

The case of the height census in Costa Rica is reviewed as a practical example of programs that have originated in developing countries and that make maximum use of auxiliary personnel in obtaining reliable, valid information for decision-making purposes. This census included children in the first grade of the primary cycle at the national level. The contents of the tutorial training program of the Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP) are also described.

ACERCA DAS NECESSIDADES DE TREINAMENTO DO PESSOAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO *(Resumo)*

Nesse trabalho analisam-se alguns fatores relacionados com a capacitação de pessoal de saúde e nutrição nos países em desenvolvimento em geral e na América Latina em particular, tanto do pessoal de nível técnico-profissional responsável pela formulação de planos e programas, quanto do pessoal auxiliar encarregado da prestação dos serviços.

Tomando como exemplo as necessidades de formar recursos humanos capacitados em técnicas de pesquisa e na tomada de decisões com bases científicas, e seguindo o modelo de análise de sistemas, se discutem aspectos relacionados com o diagnóstico, o planejamento, a execução e avaliação de programas de saúde e nutrição.

Indicam-se diversas formas de levar a cabo a formação de pessoal em técnicas de pesquisa utilizando o pessoal disponível e com em instruções e métodos simples que não se utilizam plenamente, como a coleta de dados antropométricos.

Os autores também insistem na possibilidade, mediante um esforço dos países, de identificar em pouco tempo e a baixo custo os fatores de risco que influem na saúde e nutrição da população, especialmente do grupo materno-infantil.

Como um exemplo prático de programas originados em países em desenvolvimento e que utilizam ao máximo o pessoal auxiliar para obter informações confiáveis e válidas que contribuam para o processo decisório, examina-se o caso do censo da talha efetuado em Costa Rica, no qual se incluíram as crianças de primeiro grau do primeiro ciclo escolar a nível nacional. Também se descreve o conteúdo do programa de treinamento tutelar do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP).

DES BESOINS DE FORMATION DU PERSONNEL DE SANTÉ ET DE NUTRITION DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT *(Résumé)*

Cet ouvrage analyse certains facteurs liés à la formation du personnel de santé et de nutrition dans les pays en développement en général et dans les pays en développement d'Amérique latine en particulier, tant en ce qui concerne le personnel de niveau technique professionnel responsable de la formulation des plans et des programmes que le personnel auxiliaire chargé de la prestation des services.

Prenant comme exemple la nécessité de développer les ressources humaines dans le domaine des techniques de recherche et de la prise de décision à base scientifique, et suivant le modèle d'analyse de systèmes, cette étude examine les aspects relatifs au diagnostic, à la planification, à l'exécution et à l'évaluation de programmes de santé et de nutrition.

Elle indique divers moyens d'assurer la formation de personnel de recherche en utilisant le personnel disponible et des méthodes simples dont il n'est pas pleinement tiré profit, comme la collecte de données anthropométriques.

Les auteurs insistent également sur la possibilité, à travers un effort des pays, d'identifier à court terme et moyennant un coût modeste les facteurs de risque qui influent sur la santé et la nutrition de la population, et en particulier de la population du groupe maternel et infantile.

Comme exemple pratique des programmes entrepris dans des pays en développement et qui utilisent le plus possible le personnel auxiliaire pour obtenir des renseignements fiables et valides susceptibles de contribuer à la prise de décisions, cette étude examine le cas du recensement de la taille des enfants effectué au Costa Rica, qui a porté sur les élèves de première année d'école primaire au niveau national. Elle décrit également le contenu du programme de formation de l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et de Panama (INCAP).

Educ Méd Salud, Vol. 17, No. 1 (1983)

Capacitación en psiquiatría de grupos de salud en Colombia[1]

CARLOS E. CLIMENT, MARIA V. DE ARANGO Y CARLOS A. LEON[2]

INTRODUCCION

La necesidad de encontrar formas de prestar atención de salud a las grandes masas de población desatendida en el mundo se ha señalado como un asunto prioritario en los dos próximos decenios. Para lograr esa meta será preciso abandonar los métodos tradicionales, lo que reviste gran importancia si se considera que el 90% de los 40 millones de hombres, mujeres y niños que padecen de trastornos mentales en el mundo en desarrollo no reciben ninguna clase de tratamiento *(1)*.

En este documento se analiza la capacitación de los auxiliares que prestan atención primaria de salud mental como medio de llevar esos servicios a las poblaciones desatendidas. Una descripción del trabajo previamente realizado en Cali, Colombia, podría servir de marco de referencia para los programas de capacitación.

TRABAJO PRECEDENTE

Se emprendieron investigaciones para tratar de determinar la posibilidad de aplicación de las nuevas estrategias a los programas de salud, empleando el personal de los mismos. Obviamente, el empleo de auxiliares de salud capacitados[3] era la única alternativa para causar algún

[1]Documento presentado en la Reunión Anual de la Asociación Americana de Psiquiatría (Nueva Orleans, 9-15 de mayo de 1981).

[2]Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle, Cali, Colombia. El Prof. Climent, Jefe del Departamento de Psiquiatría, fue investigador visitante del Centro de Estudios Epidemiológicos, Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), Rockville, Maryland. Los autores agradecen a la Fundación Rockefeller la donación concedida a la Universidad del Valle para la ejecución de este programa.

[3]En este documento, el término auxiliares de salud se refiere al personal de poca capacitación, a las enfermeras auxiliares y a los promotores de salud. Las enfermeras auxiliares han cursado estudios primarios y dos años de estudios secundarios y han recibido 18 meses de capacitación básica en salud, que les permiten participar en varias actividades sanitarias (vacunación, atención maternoinfantil, etc.). Los requisitos de capacitación de los promotores de salud son inferiores a los de las enfermeras auxiliares, y las visitas domiciliarias constituyen una de sus funciones específicas. Ninguna de estas actividades de los auxiliares de salud comprende trabajo de diagnóstico o terapéutica directamente con los pacientes.

efecto en las vastas masas de población. Ello implicaba nuevas responsabilidades puesto que hasta entonces habían realizado actividades de salud sencillas y carecían de experiencia en los campos de diagnóstico y terapéutica.

Ello llevó a los investigadores a iniciar, bajo condiciones experimentales controladas, algunas demostraciones de costo-eficacia de los nuevos métodos previstos.

Se procedió a demostrar las ventajas de un nuevo método en el que se empleaban auxiliares de salud para prestar servicios a pacientes con trastornos mentales, comparándolo con un método tradicional en el que se empleaban profesionales. Se notaron ventajas no solo en lo que respecta a la capacidad de los auxiliares para atender a los pacientes psiquiátricos sino al costo de la atención *(2-3)*.

Estas experiencias sirvieron para aclarar algunos conceptos:

1. Los auxiliares de salud desempeñan bien sus funciones en la prestación de servicios de salud mental, bajo supervisión, cuando se establecen ciertas condiciones prioritarias.
2. Es conveniente emplear esa clase de personal para el manejo de pacientes por la excelente relación que puede establecer con estos, por su mayor disponibilidad y por el trato más personal que da a los pacientes.
3. Los auxiliares están conscientes de ordinario de las variables psicosociales que afectan la salud de estas poblaciones menos favorecidas y ello ayuda a comprender mejor los trastornos físicos y mentales y sirve para establecer una relación psicoterapéutica con los pacientes.
4. En materia de capacitación fue necesario subrayar los aspectos prácticos. Se concluyó que los auxiliares podían preparar historias psiquiátricas de buena calidad que permitían aplicar medidas terapéuticas selectas.
5. En ningún caso hubo resentimiento por parte de los pacientes que no recibieron tratamiento directamente de profesionales.

Además de realizar las actividades precitadas, el grupo participó en un estudio colaborativo de la OMS sobre estrategias para ampliar los servicios de salud mental que contribuyeron a la puesta en práctica de estas ideas mediante un interesante intercambio con grupos de Brasil, Egipto, India, las Filipinas, Senegal y Sudán *(4)*.

Se decidió que las actividades realizadas en los centros de salud urbanos y rurales eran la mejor forma de ensayar los métodos y las estrategias de capacitación precitados. Ello serviría para poner a prueba los conceptos presentados, identificar las dificultades metodológicas y administra-

tivas y preparar el campo para ampliar la atención de salud mental en el futuro.

Para efectos de esa fase preliminar de extensión se seleccionaron dos zonas geográficas, una urbana y una rural. La selección se efectuó partiendo de las necesidades de la población; en ambos casos, los grupos seleccionados pertenecen a clases socioeconómicas bajas y son representativos de las zonas pobres. Ambas zonas están situadas relativamente cerca del centro de operaciones en Cali y, por ende, el transporte no constituye ninguna dificultad. En ambos casos se dispuso de apoyo del gobierno y del personal.

La *zona rural* queda a una hora de Cali y comprende una población aproximada de 17.000 habitantes distribuidos en cinco comunidades rurales pequeñas. Existe un puesto de salud en cada zona, servido por un auxiliar que vive en la localidad y es responsable por todas las actividades de salud de una comunidad dada. Un médico visita semanalmente las comunidades rurales pero utiliza el hospital regional como centro de envío de casos. El médico o la enfermera graduada supervisan la atención terapéutica prestada por el auxiliar de salud.

La *zona urbana* comprende tres centros municipales de salud, que sirven a 173.000 personas. En cada centro de salud se ha tratado de formar grupos constituidos por un médico, una enfermera graduada y varios auxiliares bajo la supervisión de un psiquiatra que sirve de consultor una vez por semana.

Los resultados indican que el médico o la enfermera graduada pueden supervisar al auxiliar cuando han recibido capacitación adecuada y completa y cuando se dispone de los servicios de un psiquiatra idóneo para consulta.

Se ha descubierto que cuando los auxiliares de salud que forman parte de esos grupos reciben la capacitación y supervisión necesarias pueden realizar satisfactoriamente ciertas actividades "psicoterapéuticas" entre las que se destacan:

1) escucha terapéutica y apoyo social,

2) identificación de casos psiquiátricos empleando cuestionarios normalizados,

3) identificación de psicopatología grave mediante descripciones sencillas del estado mental notificadas en forma narrativa,

4) revisión ulterior de los planes de tratamiento recomendados por el supervisor, que comprende supervisión de los tratamientos psicofarmacológicos, inclusive efectos secundarios,

5) visitas domiciliarias y determinación de la situación en el hogar,

6) ayuda en casos de problemas sociales específicos mediante conversaciones con parientes y vecinos,
7) envío de casos a otras instituciones y
8) gestión de situaciones de urgencia.

Conviene analizar las diferencias entre los medios rural y urbano. El auxiliar de salud que vive en una zona determinada es responsable por la solución de todos los problemas médicos de una población aproximada de 1.000 personas. Recorre la zona diariamente, determina los problemas de salud existentes (inclusive trastornos mentales), mantiene un registro de cada caso y datos clínicos sobre cada una de las personas con quienes entra en contacto. Conoce bien a todas las personas de la comunidad, sus hábitos y creencias y especialmente su historia. En resumen, el auxiliar es el principal informante en esas comunidades y su consejero natural. El programa de capacitación de auxiliares ha permitido oficializar el trabajo que estos vienen desempeñando por mucho tiempo.

Desde el punto de vista administrativo la situación en las zonas urbanas es más compleja (por ejemplo, puede haber turnos nocturnos) y la atención que presta el auxiliar a un paciente específico no puede ser tan intensa ni estable como en las zonas rurales. Las relaciones de los trabajadores de salud entre sí y con los pacientes suelen ser más distantes; hay más competencia por el tiempo de cada uno y, por ende, una gran resistencia a participar en nuevas actividades.

PROGRAMA DE CAPACITACION

El objetivo del programa de capacitación es preparar auxiliares de salud en distintos niveles para que puedan trabajar en grupo en la prestación de servicios de salud mental en centros periféricos. El programa abarca a las personas que prestan servicios médicos en la actualidad (por ejemplo, médicos o enfermeras graduadas) pero en particular a los auxiliares de salud.

La principal característica del personal que trabaja en esos programas es su versatilidad pues el trabajo en los centros de salud comprende medicina general y psiquiatría y nadie trabaja exclusivamente en salud mental. El programa de capacitación tiene objetivos específicos y tareas para cada auxiliar.

Programas de capacitación para auxiliares de salud

Los programas de capacitación están destinados a ciertos asuntos prioritarios y dentro de estos a acciones específicas. La parte teórica lleva 10 horas y la práctica, 30. Se subraya la importancia de esta última, que es flexible en su duración e intensidad. El número de sesiones varía mucho de un auxiliar a otro y se prolonga hasta que el supervisor tenga certeza de que los auxiliares saben manejar bien a los pacientes. La realización de actividades académicas por períodos muy prolongados en sitios distintos al de trabajo constituyó un inconveniente en razón de la interferencia administrativa con las funciones normales del centro.

Los temas teóricos abarcaron conferencias sencillas sobre síndromes de psicosis aguda, ansiedad y depresión, trastornos infantiles, síndromes cerebrales, epilepsia y principios psicofarmacológicos. Se presta particular atención al acopio de datos y a las prácticas de entrevista.

Se sabe por experiencia que las conferencias muy largas no contribuyen al proceso de aprendizaje; en consecuencia, esos temas se presentan en forma descriptiva, dando ejemplos para explicar la terminología técnica y obteniendo comentarios de los estudiantes para determinar la comprensión del tema, por medio de ejemplos propios de ellos.

Se fomenta la participación activa del grupo con preguntas y se insta a cada persona a expresar sus propias preocupaciones sobre cada tema. Esas discusiones tienen por fin la presentación de conceptos claros sobre los signos y síntomas de enfermedades mentales que el auxiliar puede identificar en su trabajo.

Las sesiones prácticas con los pacientes están destinadas a la aplicación de los principios generales de entrevista aprendidos por los auxiliares. Aunque los conceptos relativos a los signos y síntomas de enfermedades mentales pueden ser claros, hay que celebrar varias sesiones para que el personal adquiera la confianza necesaria para realizar el trabajo con pacientes. Las visitas realizadas al hospital psiquiátrico sirven para demostrar los trastornos más graves que se encuentran con menos frecuencia en el centro, pero la mayor parte del programa de capacitación práctica se realiza en el centro periférico de salud.

Ha sido preciso celebrar reuniones de grupo con los auxiliares después de las sesiones prácticas para analizar sus emociones y actitud hacia los pacientes. Esa es una parte decisiva del proceso de aprendizaje que da confianza a los auxiliares para participar en las nuevas actividades.

Se subraya la importancia del trabajo de grupo; el auxiliar de salud constituye el contacto inicial y el más importante con el paciente. La su-

pervisión inmediata es suministrada por el médico o la enfermera graduada que se encuentren más cerca y estén disponibles. Estos cuentan con la capacitación necesaria para desempeñar esa clase de trabajo.

Se determinó que la supervisión debería ser responsabilidad del personal de cada institución y que en ningún caso debería confiarse a alguien no perteneciente a la misma, puesto que ocasionaría resistencia por parte del personal del centro de salud. No obstante, se podría nombrar un especialista de fuera como consultor periódico. Así se garantiza la calidad de los servicios prestados y es posible identificar sectores conflictivos.

En lo que respecta a la evaluación del proceso de aprendizaje, es preciso evaluar la capacidad de los auxiliares para acopiar datos para la historia clínica, sus conocimientos clínicos sobre los asuntos prioritarios seleccionados, su facilidad para comunicarse con los pacientes y su disposición para formar parte del grupo de salud.

El tipo de evaluación depende de las técnicas de capacitación empleadas. Si el programa ha sido dirigido (tutorial) y práctico en su mayor parte, exige un sistema de evaluación flexible y progresivo. Podría ser una observación directa de la relación del auxiliar de salud con los pacientes y sus familiares.

Aunque la decisión de dejar a un auxiliar de salud asumir responsabilidad por el tratamiento de pacientes solo puede adoptarse después de observar continuamente su trabajo, sería posible emplear ciertos medios normalizados para determinar en forma más objetiva el perfeccionamiento de su capacidad terapéutica.

La experiencia adquirida indica que no se necesitan sistemas de selección para los programas de capacitación. Cada auxiliar de salud de la institución debería recibir una invitación a participar, y convendría celebrar una reunión preliminar para determinar su interés.

Si se ofrece el programa a todos los auxiliares de salud de una institución, con certeza muchos se inscribirán en el curso pero solo una parte concluirá el programa en su totalidad. Los otros se retirarán por razones personales (por ejemplo, por considerar que la experiencia causa mucha tensión o porque no desean trabajar en ese campo) o administrativas (por ejemplo, incompatibilidad con sus deberes diarios). En resumen, no se necesitan parámetros específicos de selección y esta debe efectuarse siguiendo un proceso natural.

Programas de capacitación para médicos generales y enfermeras graduadas

Los centros periféricos de salud de América Latina cuentan con un gran número de médicos generales y enfermeras graduadas que represen-

tan un buen potencial para la supervisión y capacitación de personal de categorías inferiores, siempre y cuando se efectúen los arreglos administrativos de rigor.

En el trabajo realizado se emplearon materiales idénticos tanto para médicos como para enfermeras, lo que permite concluir que tanto unos como otros pueden trabajar en el mismo nivel como miembros de grupos. Para lograr los objetivos parcialmente fue necesario dictar 10 horas de teoría sobre temas idénticos a los enseñados a los auxiliares de salud pero a un nivel más complejo y realizar 30 horas de práctica supervisada. Se obtuvieron solo resultados parciales porque aunque las nuevas enseñanzas despiertan cierto interés en la salud mental, el personal no adquiere en ese corto tiempo la confianza necesaria para efectos de supervisión.

El diagnóstico y el tratamiento constituyen la principal responsabilidad del médico en todos los campos clínicos. Esa es la clase de formación que ha recibido, esa es la esencia de su trabajo y es algo que sabe hacer bien. Tiene conciencia de que el margen de error que se le permite en materia de diagnóstico es el mismo que el de sus colegas y el plan de tratamiento es una consecuencia lógica del diagnóstico que haga. Aunque haya recibido un cierto grado de capacitación y conozca la terminología psiquiátrica, al tener que recetar algún medicamento para trastornos mentales dará una dosis insuficiente de los pocos que conoce. Esa falta de conocimientos le hará temer los efectos secundarios. En consecuencia, a fin de evitar el trabajo en atención psiquiátrica, deja de identificar la patología correspondiente. (Hay que recordar que un médico no debe diagnosticar lo que no puede tratar.) Aunque es preciso encontrar otras pruebas para poder sostener esa afirmación, con ciertos procedimientos se podrían introducir algunas mejoras.

Los métodos de capacitación de personal clínico (médicos, enfermeras y otros) no deberían prestarse a ambigüedades sino ser prácticos y basarse en métodos normales que permitan hacer un diagnóstico. Además, convendría disponer de un conjunto de decisiones lógicas para poder orientar los planes de tratamiento, teniendo en cuenta varias posibilidades, dosis diarias específicas, duración del tratamiento, efectos secundarios, etc.

Ese procedimiento dará al personal clínico una mayor confianza en su trabajo y le permitirá emplear bien sus capacidades para identificar y tratar ciertos síndromes psiquiátricos. Con ello adquirirá la experiencia necesaria para llegar a supervisar a los grupos de salud mental.

Programas de capacitación para residentes en psiquiatría

El trabajo de ampliación de los servicios de salud mental y la delegación

de funciones por parte del psiquiatra no son tareas fáciles. Los residentes en psiquiatría con estudios avanzados que han participado en esos programas desempeñan una excelente función al adquirir confianza como especialistas, en particular después de recibir formación como terapeutas. Después de todo son psicoterapeutas especializados, lo que representa un cargo de poder susceptible de ser afectado si otras personas de menor idoneidad trataran de realizar el trabajo que corresponde exclusivamente al especialista.

Al participar en esos programas coordinan el tratamiento administrado por el auxiliar y supervisado por el médico. Algunos residentes no resisten la tensión que todo esto implica. En general, suelen entrevistar, diagnosticar y tratar a cada paciente ellos mismos. Durante el trabajo práctico se ven obligados a escuchar lo relatado por terceras personas, limitándose a sugerir un diagnóstico y un plan de tratamiento que alguien más llevará a la práctica. Deben determinar qué casos pueden ser atendidos por el médico, la enfermera o el auxiliar de salud y seguir pautas estrictas. Al mismo tiempo, se espera que puedan enseñar los principios de la psicoterapia de apoyo y aceptar que no es de su exclusiva pertenencia. Esta es la parte más difícil puesto que implica la pérdida de connotaciones imaginarias de su trabajo al compartir su poder con otras personas. Por esos motivos, los especialistas pueden participar en estos programas solo después de haber realizado trabajo práctico bajo supervisión.

En el caso narrado en este documento, la inclusión de residentes de tercer año de psiquiatría en programas de salud de la comunidad como consultores en salud mental de centros urbanos y rurales fue de gran utilidad. Las actividades correspondientes se realizan dos medios días por semana y como consultores, los residentes ofrecen apoyo técnico a los médicos y enfermeras y al personal auxiliar especialmente en materia de prevención, diagnóstico de detección precoz y planes de tratamiento. Se convierten en parte del proceso de delegación de funciones y participan en una reunión semanal de dos horas con el Director del Programa de Psiquiatría Social y Comunitaria para analizar y supervisar las actividades en marcha y las previstas para el futuro. Realizan también un proyecto de investigaciones en epidemiología psiquiátrica que ha sido concebido, planificado y ejecutado por ellos mismos durante el año. En todas estas actividades se pretende dejar que el residente entre en estrecho contacto con la comunidad y se familiarice con el trabajo de grupo en programas de salud pública en el que debe desempeñar funciones específicas. El residente es también un miembro del cuerpo docente en programas de capacitación de personal médico y auxiliar y en actividades de información pública.

Otra ventaja de la participación del residente es la experiencia administrativa que adquiere al ser obligado a ocuparse de situaciones de la vida real en lo que respecta a cronogramas de personal y a la organización del trabajo con un presupuesto limitado. El manejo de la compleja dinámica de los grupos de salud, inclusive de aspectos como duplicidad de mensajes, alianzas, territorialidad, egoísmo, críticas, comportamientos pasivos y agresivos, etc., pone a prueba no solo su capacidad de dirección sino su condición de terapeuta de grupos.

En resumen, los residentes se ven obligados a pasar gran parte de su período de capacitación afrontando tensiones y conflictos personales inherentes y dificultades y críticas de un programa destinado a ampliar los servicios de salud mental.

Programas de capacitación continua

Una vez concluido el plan de capacitación debería ponerse en marcha un programa de capacitación continua bajo la coordinación del psiquiatra consultor. Ello daría origen a un programa de educación continua dentro de cada grupo, que proporcionaría amplias posibilidades de consulta, análisis de casos difíciles, material de texto, etc., para los miembros iniciales de los grupos y representaría una magnífica oportunidad de capacitación para nuevos residentes.

Características de los manuales de capacitación

Los textos y manuales son un requisito indispensable en los programas de capacitación en salud mental. Permiten a los especialistas y quizá a los médicos y enfermeras enseñar los principios de diagnóstico y manejo de sus propios grupos sin tener que depender mucho de fuentes externas de capacitación. Los manuales empleados hasta ahora en los programas aquí descritos están en proceso de adaptación.

Sobre todo, los manuales deben ser *flexibles* y fácilmente adaptables a distintas clases de recursos y a diferentes circunstancias y deben coincidir con los distintos niveles de los programas de capacitación (por ejemplo, especialistas, médicos, enfermeras y auxiliares de salud) y ser adaptables a las posibles variaciones de cada uno.

Las funciones y limitaciones de cada nivel deberán especificarse claramente y para ello sería preciso *coordinar* bien la preparación del manual. Con ello se evitará la ansiedad causada por deberes mal definidos y disminuirá la resistencia generada al tener que delegar o asumir ciertas funciones en lugar de seguir pautas generales precisas.

Siempre que sea posible, se tratará de emplear métodos normalizados de diagnóstico, por ejemplo, cuestionarios de objetivos conducentes al diagnóstico. Este es un aspecto esencial pues constituye una de las grandes limitaciones de los programas destinados a ampliar los servicios de salud mental.

En los manuales debe indicarse claramente qué hay que hacer para resolver los problemas más comunes a fin de que se puedan tomar decisiones *lógicas* y *sistemáticas* en lo que respecta al tratamiento.

Si se puede afrontar satisfactoriamente esta dificultad, se habrá vencido uno de los principales obstáculos encontrados en la capacitación de auxiliares de salud mental.

CONCLUSION

Las ideas resumidas en este documento constituyen el fruto de muchos años de trabajo práctico. Aunque en el curso del mismo fue necesario modificar varias veces el orden de prioridad, los métodos y el contenido de los programas y la modalidad de la capacitación, no se ha llegado a recomendaciones definitivas sobre la forma de poner en práctica las innovaciones resultantes. Convendría considerar cuidadosamente y con la debida flexibilidad cada situación específica.

Es preciso subrayar varios aspectos. El criterio de grupo en la prestación de servicios es una característica muy conveniente para fines de capacitación. Los programas y materiales destinados a la capacitación de auxiliares de atención primaria de salud deberían prepararse y coordinarse teniendo en cuenta cada nivel, ser específicos y prácticos y estar orientados hacia una meta.

Cualquiera que sea la capacidad o la formación de un médico general en salud mental, siempre mostrará cierta resistencia a trabajar en ese campo. Esto se agrava cuando es necesario delegar funciones.

Los libros de texto de psiquiatría disponibles actualmente para los médicos generales y los especializados en atención primaria dejan todavía mucho que desear. Esta ambigüedad, que raras veces se expresa verbalmente, les impide diagnosticar y tratar los trastornos mentales.

Los médicos generales se interesan poco por el campo de la psiquiatría. Para ellos las enfermedades graves y agudas son mucho más interesantes que las leves y crónicas *(5)*. Eso podría atribuirse a muchos factores, por ejemplo, exposición tardía a la psiquiatría *(6)*, resistencia originada por conflictos intrapsíquicos, falta de tiempo, etc. Si se normalizan los proce-

dimientos de diagnóstico y si las indicaciones para el tratamiento se hacen en secuencia lógica y no en forma ambigua, las posibilidades de éxito en la ejecución de estos programas serán mayores. En lugar de considerar como un insulto la presentación pormenorizada de los métodos empleados para tratar un síndrome clínico determinado, el médico especializado en atención primaria se cerciorará de entender bien cada uno de los aspectos pertinentes. Eso, a su vez, facilitará la supervisión de otros auxiliares de salud y le dará la impresión de estar en control del tratamiento del paciente.

El aspecto de mayor importancia en el funcionamiento de los grupos de salud consiste en instar al médico general a participar en las actividades correspondientes. Las otras dos clases de personal (es decir, las enfermeras auxiliares que prestan servicios directamente y los especialistas que actúan como consultores del grupo) no tienen tantos problemas al asumir sus funciones y desempeñarlas como es debido.

En lo que respecta a las enfermeras auxiliares, se ha demostrado que esa clase de participación es fácil de conseguir porque los nuevos deberes son mucho más satisfactorios que los antiguos. En el caso del psiquiatra, esa participación le daría la oportunidad de experimentar en un ambiente real las muchas dificultades que encontrará en el desempeño de sus nuevas funciones.

RESUMEN

El 90% de los 40 millones de personas que padecen de trastornos mentales en los países en desarrollo no reciben ningún tratamiento, y es poco lo que se ha logrado avanzar en su atención. En este artículo se analiza la aplicación de nuevas estrategias para resolver el problema. Es evidente que se deben abandonar los métodos tradicionales de atención de salud mental que no han resultado y se han de emprender nuevos programas que aseguren en los próximos dos decenios servicios eficientes a la población desatendida.

Basándose en un trabajo práctico realizado en Colombia, los autores, sin hacer recomendaciones definitivas, señalan la utilidad de capacitar al personal auxiliar de los centros de salud urbanos y rurales para trabajar en grupo (bajo supervisión de médicos o enfermeras graduadas) en la atención y el manejo del paciente psiquiátrico. Enumeran las ventajas que ofrecen los programas de capacitación, sobre diversos aspectos de sa-

lud mental, dedicados a médicos generales (de ordinario poco interesados en psiquiatría), residentes en psiquiatría, enfermeras y auxiliares.

También hacen hincapié en la importancia de los cursos de capacitación para el trabajo en equipo y describen las características que deben tener los manuales y textos de capacitación, requisito indispensable para lograr programas exitosos de capacitación en salud mental.

REFERENCIAS

(1) Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Ginebra, OMS, 1975.

(2) Climent, C., R. Plutchik, M. V. Arango, y C. León. Development of an alternative efficient, low-cost Mental Health Delivery System in Cali, Colombia. I. The auxiliary nurse. *Soc Psychiatry,* 13:29-35, 1978.

(3) Climent, C. y M. V. Arango. Development of an alternative efficient, low-cost Mental Health Delivery System in Cali, Colombia. II. The peripheral health center. En preparación, 1981.

(4) Harding, T. y col. Mental disorders in primary health care: A study of their frequency in four developing countries. *Psychological Medicine* 10:231-241, 1980.

(5) Huth, E. H. Stale, soft, or chronic. *Annals of Internal Medicine* 70:1272-1275, junio de 1969.

(6) Walton, H. J. The psychiatric component in general practice. *Lancet* 35-37, 4 de julio de 1970.

PSYCHIATRIC TRAINING OF TEAMS OF HEALTH WORKERS IN COLOMBIA *(Summary)*

About 90% of the 40 million victims of mental disorders in the developing countries receive no treatment, and little progress is being made in this respect. This article examines the use of new strategies for solving the problem. It is obvious that the traditional methods of mental health care have been unavailing and that new programs should now be undertaken that can ensure proper service within the coming decades for those being neglected.

Based on the results of a practical experiment carried out in Colombia, the authors, without making any definitive recommendations, point to the usefulness of training auxiliary staff of urban and rural health centers to work as a team (under the supervision of a physician or a graduate nurse) in the care and management of psychiatric patients. They enumerate the advantages offered by training programs on various aspects of mental health for general practitioners (who usually have little interest in psychiatry), psychiatry residents, nurses, and auxiliaries.

The authors also stress the importance of training courses for teamwork and describe the requisite characteristics of training manuals and textbooks, necessary tools for successful programs of training in mental health.

CAPACITAÇÃO EM PSIQUIATRIA DE GRUPOS DE SAÚDE NA COLOMBIA *(Resumo)*

Dos 40 milhões de pessoas que padecem de problemas mentais nos países em desenvolvimento, 90% não recebem nenhum tratamento, e é pequeno o progresso atingido no atendimento desses casos. Esse artigo analisa a aplicação de novas estratégias para resolver o problema. É evidente que se devem abandonar os métodos tradicionais de cuidado da saúde mental que não deram resultados, empreendendo-se novos programas que assegurem nas próximas duas décadas serviços eficientes à população não atendida.

Baseando-se num trabalho prático realizado na Colômbia, os autores, sem fazer recomendações definitivas, assinalam a utilidade da capacitação de pessoal auxiliar dos centros de saúde urbanos e rurais para trabalhar em grupo (sob a supervisão de médicos ou enfermeiras diplomadas) no atendimento e cuidado do paciente psiquiátrico. Enumeram as vantagens que oferecem os programas de capacitação, sobre diversos aspectos da saúde mental, dedicados a médicos de clínica geral (de ordinário, pouco interessados em psiquiatria), residentes em psiquiatria, enfermeiras e auxiliares.

Também insistem na importância dos cursos de capacitação para o trabalho em equipe e descrevem as características que devem ter os manuais e textos para que os programas de capacitação em saúde mental obtenham êxito.

FORMATION EN PSYCHIATRIE DE GROUPES DE SANTÉ EN COLOMBIE *(Résumé)*

Quatre-vingt dix pour cent des 40 millions de personnes qui souffrent de troubles mentaux dans les pays en développement ne reçoivent aucun traitement, et peu de choses ont été faites à leur intention. Cet article analyse l'application de nouvelles stratégies pour résoudre ce problème. Il est évident qu'il faut abandonner les méthodes traditionnelles de soins de santé mentale qui n'ont pas abouti, et entreprendre de nouveaux programmes propres à assurer pour les décennies à venir des services efficaces à la population jusque-là négligée.

Se fondant sur un travail pratique exécuté en Colombie, les auteurs, sans formuler de recommandations définitives, font ressortir qu'il est utile de former le personnel auxiliaire des centres de santé urbains et ruraux pour qu'il puisse travailler en groupe (sous la supervision de médecins ou d'infirmières diplômées)

avec le patient du service psychiatrique. Ils énumèrent les avantages qu'offrent les programmes de formation, vis-à-vis de divers aspects de la santé mentale, consacrés à des médecins généralistes (ordinairement peu intéressés par la psychiatrie) et à des résidents en psychiatrie, infirmières et auxiliaires.

Ils soulignent également l'importance des cours de formation pour le travail d'équipe et décrivent les caractéristiques que doivent présenter les manuels et textes de formation, condition indispensable au succès des programmes de formation en matière de santé mentale.

IN MEMORIAM: DR. M. G. CANDAU

El Dr. M. G. Candau, Director General de la Organización Mundial de la Salud desde 1953 hasta 1973, falleció en Ginebra el 24 de enero de 1983. La 71ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, que se celebraba a la sazón en Ginebra, guardó un minuto de silencio en memoria del Dr. Candau inmediatamente después del anuncio de la noticia por el Dr. Halfdan T. Mahler, Director General de la OMS desde la jubilación del Dr. Candau en 1973.

El Dr. Candau nació en Rio de Janeiro, Brasil, en 1911. Cursó sus estudios de medicina en la Facultad del Estado de Rio de Janeiro y en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, Estados Unidos.

Antes de ingresar en la Organización Mundial de la Salud, el Dr. Candau fue Superintendente del Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), programa de salud pública en cooperación entre el Gobierno del Brasil y el Instituto de Asuntos Interamericanos. En 1938 fue nombrado Profesor Ayudante de Higiene en la Escuela de Medicina del Estado de Rio de Janeiro.

El Dr. Candau ingresó en la Sede de la Organización Mundial de la Salud en 1950 como Director de la División de Organización de Servicios de Salud, y al cabo de un año fue designado Subdirector General a cargo de Servicios Consultivos. En 1952 pasó a ser Subdirector de la OPS en Washington y cuando prestaba sus servicios en ese puesto fue elegido por la Asamblea Mundial de la Salud como segundo Director General de la Organización Mundial de la Salud, sucediendo así al Dr. Brock Chisholm, de Canadá. En 1973, la 26ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció los destacados servicios prestados por el Dr. Candau a la salud pública internacional y lo declaró oficialmente Director General Emérito de la Organización.

El Dr. Candau era miembro honorario y activo de numerosas asociaciones. Había recibido títulos *honoris causa* de varias universidades, así como numerosos premios por su destacada labor científica y sus eminentes servicios a la salud pública. En 1974 fue galardonado con la Medalla Geraldo Paúla Souza por la Asociación de Salud Pública de São Paulo, Brasil, y con la Medalla y el Premio Léon Bernard por la Asamblea Mundial de la Salud.

Era asimismo miembro del Consejo de la Universidad de las Naciones Unidas y autor de documentos científicos sobre materias muy diversas, en particular malaria, parasitología, administración sanitaria, bioestadística y salud rural.

Mientras ocupó el puesto de Director General de la OMS, el Dr. Candau vio pasar el número de Estados Miembros de la Organización de 81 en 1953 a 138 en 1973. Al anunciar el fallecimiento del Dr. Candau, el Dr. Mahler calificó a su predecesor como "el gran arquitecto de la infraestructura de la OMS", sin el cual habrín sido vanos los esfuerzos por alcanzar las actuales metas de la Organización. Los servicios fúnebres por el Dr. Candau se celebraron en Ginebra el 26 de enero de 1983.

Educ Méd Salud, Vol. 17, No. 1 (1983)

Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000[1]

JOSE ROBERTO FERREIRA[2]

INTRODUCCION

El fin de siglo que se aproxima constituye un marco de referencia natural para cualquier proyección del desarrollo en el campo de la educación médica. Ese mismo marco se hace presente por deber de oficio, ya que el planteamiento que se propone se relaciona con la meta de salud para todos en el año 2000, objetivo central de la Organización Mundial de la Salud y por ende de la Organización Panamericana de la Salud.

El tema además se justifica por el aspecto aún más pragmático de los 17 años que tenemos por delante, los cuales pueden representar todavía un lapso suficiente para la implantación y consolidación de importantes ajustes en el proceso de formación de recursos humanos, a fin de contribuir en un tiempo aprovechable al logro de la meta citada.

Los fundamentos de nuestro objetivo se apoyan en la Conferencia de Alma-Ata (1978), que señaló la atención primaria de salud como la clave para que todos los habitantes del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Esta atención primaria de salud abarcaría esencialmente la asistencia sanitaria puesta al alcance de todos, por medios que les sean aceptables, con su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan afrontar.

En términos de atención de salud, esto implica, en primer lugar, el garantizar un nivel mínimo aceptable de prestación de servicios básicos y, en segundo término, proporcionar acceso a los niveles de referencia y a su utilización, siempre que sea necesario.

La complejidad de esta proposición nos obliga a considerar la necesidad de una amplia revisión de las problemáticas de planificación, formación y utilización de todo el equipo de salud. En este contexto habría que preguntarse: ¿Qué papel le toca al médico en el proceso para alcanzar la me-

[1]Documento presentado en la IX Conferencia Panamericana de Educación Médica, Buenos Aires, Argentina, 16-20 de noviembre de 1982.

[2]Jefe, División de Recursos Humanos e Investigación, Organización Panamericana de la Salud.

ta social más importante del sector salud? ¿En qué forma deberá cambiar el ejercicio de la medicina para adecuarse a los objetivos de equidad, eficiencia y eficacia establecidos por la meta?

TENDENCIAS

La dimensión de este propósito tiene que ser examinada en función de las características del probable escenario socioeconómico en el cual estarán establecidas las sociedades latinoamericanas. Se destacan cuatro aspectos fundamentales: las tendencias demográficas, la situación de salud, el desarrollo tecnológico y las variantes del ejercicio profesional.

Las proyecciones estadísticas indican que la población de América Latina aumentará en los próximos 17 años en casi un 60% para alcanzar en el año 2000 un total de 610 millones de habitantes. Este crecimiento producirá modificaciones en la estructura por edades llevando a términos paritarios la proporción de hombres y mujeres en edad activa y a un incremento importante de niños y jóvenes, sumado a un número considerable y creciente de personas mayores de 45 años.

Un aspecto que distingue a América Latina de casi todo el resto del mundo en desarrollo, es que tres cuartas partes de su población (450 millones) estará concentrada en las grandes ciudades. Así, la explosión urbana se incorpora a la propia explosión demográfica de modo que prácticamente todo el aumento del número de habitantes estará ubicado en comunidades de más de 100.000 personas.

Las perspectivas de crecimiento económico, por lo menos en el próximo quinquenio, no son favorables cuando se compara al pasado reciente—según estimaciones de la CEPAL, no sobrepasará el 4 ó 5%. La persistencia de los problemas de empleo y del ritmo inflacionario actual conducirán a mayores desigualdades entre el medio urbano y el rural y entre los grupos humanos, tanto en la distribución del ingreso como en los estilos y calidad de vida.

Seguirán aumentando los conglomerados periféricos de los centros urbanos, que vivirán en condiciones de hacinamiento y pobreza, pero que eventualmente, en una etapa mediata, podrían ser redistribuidos en ciudades satélites de nivel secundario y terciario, las cuales representarían un esfuerzo de racionalización, demandando algún grado de reproducción de servicios con nuevas formas de organización.

Este perfil social tendrá una relación recíproca con la estructura y magnitud de los problemas de salud que habrá que enfrentar. Con toda pro-

babilidad, las estructuras de mortalidad y morbilidad cambiarán drásticamente. Se prevé que en el último quinquenio de este siglo las enfermedades cardiovasculares y el cáncer serán responsables respectivamente del 50% y el 20% de las defunciones esperadas. Sin embargo, la mortalidad y morbilidad por diarreas y enfermedades respiratorias agudas, potenciadas por la desnutrición y el medio ambiente adverso, aunque bajen en su importancia relativa, continuarán diezmando a la población postergada de las ciudades y del campo.

John Evans, en una publicación reciente, describe tres estadios evolutivos de la situación de salud, vis a vis las distintas fases del desarrollo.[3] El primer estadio es el que corresponde a las enfermedades infecciosas, malnutrición, habitación precaria, etc.; el segundo incluye las enfermedades crónicas, como las cardiopatías, el cáncer, y los accidentes cerebro-vasculares, y el tercero reuniría lo que él llamó patología social y ambiental, relacionada, entre otros factores, con el ausentismo, la violencia, el uso indebido de alcohol y drogas y los riesgos ambientales del progreso humano.

A diferencia de otras regiones del mundo en etapas extremas de desarrollo o subdesarrollo, en los próximos lustros América Latina presentará un perfil combinado de elementos de los tres estadios referidos. Será necesario no solo mantener medidas de control contra las enfermedades prevenibles por vacunación y las patologías más notables, sino atender las nuevas y crecientes necesidades en cuanto a enfermedades crónicas, problemas mentales, accidentes, y otras. Además, es probable que los cambios de estilo de vida y de conducta, que recientemente se vienen promoviendo con gran énfasis, jueguen un papel importante en la alteración de la situación de salud.

Las otras dos áreas que resaltan en este escenario son el desarrollo tecnológico y el ejercicio de la medicina. Ambas guardan estrecha relación con el proceso acelerado de aumento del costo de la atención médica, que en los países más desarrollados ya se ha convertido en un tema de gran importancia política.

En esos países, el gasto global en salud durante el último decenio experimentó un aumento del orden de 12 a 20% al año, duplicando y a veces hasta triplicando el valor promedio de alza del costo de vida. El caso más extremo fue el de Japón, donde se produjo una elevación de 154% del

---

[3]Evans, J. R. *Measurement and Management in Medicine and Health Services.* New York, The Rockefeller Foundation, 1982.

costo de salud entre 1970 y 1975, con un promedio anual de 30% de crecimiento.

En América Latina se dispone de menos información al respecto; sin embargo, se conoce el gasto de salud del Estado para por lo menos 17 países, y el gasto per cápita (expresado en precios constantes en relación con la tasa general de inflación de cada país) para toda la década del 70 aumentó en un promedio del 54%.

La nueva tecnología que se ha estado incorporando, en términos de medicamentos, equipos y procedimientos de atención médica, seguramente es responsable por una parte importante de este aumento del costo. Aparte de los muchos beneficios que aporta el desarrollo científico, hay que tener en cuenta que en algunos casos solo representa el entusiasmo inicial pero, a la larga, su aplicación puede resultar de poco provecho y hasta de efecto negativo. Igualmente, es necesario evitar la adopción indiscriminada de tecnologías sin previa consideración de indicaciones precisas y que representan inversiones excesivas en materiales de elevado costo que a menudo se adquieren en mayor cantidad de lo necesario para una población dada.

La preocupación por una mayor eficiencia en la producción y uso de estas tecnologías, ya destacada en los países desarrollados es aún esporádica en las zonas en desarrollo. Presupone la evolución a mediano plazo de un proceso organizado de cuestionamiento y demostración de los beneficios de las mismas, mediante el establecimiento de mecanismos que permitan su evaluación permanente y orienten las medidas de control gubernamental.

Fundamentalmente, la superación de toda esta problemática está vinculada a la autonomía tecnológica en la producción de insumos esenciales para América Latina. Puede esperarse que para el decenio de los 90 exista una mayor racionalización de este desarrollo tecnológico y una aplicación mucho más amplia de lo que se ha estado llamando tecnología apropiada.

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 mediato 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. La práctica privada seguirá absorbiendo una parte de la clientela pero aunque esta crezca en términos absolutos, no representará más que el 5% de la población.

Los sistemas de seguros de salud siguen en continuo crecimiento, con el

surgimiento o la ampliación de empresas privadas y estatales. La seguridad social paraestatal, en la medida en que alcanza altos grados de cobertura, mantiene un predominio tradicional pero empieza a mostrar las primeras señales de agotamiento. Las medidas correctivas inmediatas se incorporan al proceso de cambio, favoreciendo una mayor vinculación con los Ministerios de Salud, para la conformación de los sistemas nacionales de salud. Asimismo se empieza a considerar, por los motivos antes mencionados, la importancia de que el seguro social se dedique también, o hasta prioritariamente, a la atención primaria.

Las plazas profesionales del seguro, tradicionalmente de orientación especializada, son igualmente objeto de revisión. A partir de la introducción del médico de familia en el Seguro Social de México, otros países de la Región han pasado a considerar soluciones semejantes, o, por lo menos, a tratar de abrir sus plazas a personal de orientación más general. Para la última década del siglo XX se espera que los servicios de salud, considerablemente ampliados, se orienten prioritariamente a la atención primaria con una cobertura de alcance prácticamente universal. Esto será posible mediante el esfuerzo coordinado de todas las instituciones que directa o indirectamente actúan en el sector y dependerá del importante subsidio del gobierno y la amplia participación del seguro social. En este contexto, los servicios serán necesariamente de carácter más sencillo y deberán ofrecerse a menos costo, quedando las acciones más complejas sujetas a un sistema de referencia a instituciones especializadas, a veces sumamente dispendiosas, que atenderán a un número muy pequeño de enfermos que así lo requieran.

Las cuatro áreas críticas señaladas incluyen elementos convergentes, como son los siguientes: la mayor concentración demográfica en las ciudades (ubicación preferida en donde se concentran también los recursos médicos disponibles); el cuadro heterogéneo de problemas de salud que requiere acciones preventivas, terapéuticas y de rehabilitación en un complejo que sobrepasa las posibilidades de las organizaciones privadas y exige una intervención estatal más estructurada; la expansión del seguro social con absorción progresiva de la fuerza laboral en salud en un contexto de actividad programada; y, la orientación de esta programación a la búsqueda de un mejor costo-beneficio.

Las soluciones viables para el fin de siglo tendrán que incluir: la redefinición del papel del médico, el uso más racional de los servicios y la evaluación continua de las tecnologías aplicadas. Por extrapolación de los datos disponibles para algunos de los recursos humanos de mayor demanda, se puede llegar a algunas predicciones tentativas para el año 2000. Así, en

América Latina y el Caribe, los 350.000 médicos en ejercicio en 1980, aumentarán a 800.000; las enfermeras diplomadas pasarán de 162.000 a 300.000, y las auxiliares de enfermería de 395.000 a un total de 500.000.

En cada caso partimos del supuesto que la capacidad de producción de cada tipo de personal se mantendría constante durante todo el período, en oposición a la tendencia observada hasta ahora del crecimiento del número de escuelas (especialmente las de medicina). La aparente poca probabilidad de que esto ocurra permite considerar este cuadro como la hipótesis mínima o más conservadora y admitir la posibilidad, por lo menos para los médicos, de un aumento mucho mayor. Por otro lado, para que estos números lleguen a ser una realidad en cuanto al personal de enfermería, es de importancia fundamental estar atentos al problema y concentrar con el tiempo todo nuestro esfuerzo en promover una mayor expansión en este campo.

PERSPECTIVAS DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Todo lo referido hasta aquí refuerza el planteamiento inicial sobre la atención primaria, la cual, para ser ofrecida a toda la población, exigirá el concurso de un personal polivalente y multidisciplinario. Este incluirá líderes comunitarios, promotores y auxiliares de salud, trabajadores sociales, personal técnico, personal de enfermería, odontólogos y médicos generales, y dependerá, además, del apoyo complementario de administradores, investigadores, científicos sociales y médicos especialistas.

Si se analiza la situación del médico, hallamos que la trama de relaciones en que está basada la configuración del tipo de médico en cualquier sociedad es bastante compleja e involucra aspectos de evolución histórica, prestigio y posición social, grado de competencia profesional y variados sistemas de remuneración. Los valores que predominan en la sociedad contemporánea todavía lo orientan hacia un ejercicio liberal de atención individual y carácter curativo, con estrecha relación entre el desarrollo profesional y la especialización y, a veces, el predominio de un sentido mercantilista en la prestación del servicio.

La conservación de este ideal valorativo distorsiona la imagen que puede tener el médico de la realidad social en que está inmerso y retrasa la búsqueda y adopción de alternativas más coherentes con la situación vigente. Por más lento que sea el despertar de la nueva conciencia médica, tenemos que admitir que el proceso está en curso y debemos guiar sus acciones futuras en forma compatible con los intereses predominantes de la población, que a la larga serán también los del propio médico.

Ante la dificultad de competir a un nivel de médico general desde el inicio de la carrera como profesional liberal, la opción no tendrá que ser necesariamente la de especialización precoz, sino el ingreso al sistema de servicios de salud para prestar atención primaria. Eventualmente, incluso, se deberían crear incentivos especiales para promover esta solución, con la posibilidad de empleo único y de su oferta a todos los graduados de medicina general, y el establecimiento de mecanismos y grados de ascenso en la carrera sin necesidad de alejarse de esta orientación general.

El nombre que se dé a este profesional, sea médico de familia, médico general, o cualquier otro, tendría poca importancia, pero lo que sí sería necesario asegurar es que su preparación correspondiese al propio curso médico, a fin de poder ingresar al servicio inmediatamente después de su graduación. Es injustificado preparar un médico de familia como especialista a nivel de posgrado. Esto constituye, además de un contrasentido, una falacia que puede conducir a soluciones contraproducentes. Aunque el posgrado es recomendable para formar profesores, que se necesitan también en medicina general, es difícil concebir que todos los médicos de familia sean especialistas.

Si se critica el exceso de especialización, no se puede tratar de contrarrestar este exceso con la creación de la medicina general o de familia, también a nivel de especialidad. La falacia en el caso estaría en el intento de poner a un mismo nivel al especialista y al médico general. En la práctica, el especialista seguiría manejando un campo restringido de poca demanda en términos absolutos, pero que se mantiene por la escasa oferta profesional en relación con toda la población. El médico general, por otro lado, al tener que estar disponible en mayor abundancia para hacer frente a la necesidad global de la población, no podría actuar dentro de los patrones relativos de la oferta y la demanda del especialista. Obviamente, en este caso, dejaría de usufructuar algunas de las ventajas que se quiere imputar a la especialización.

Sin embargo, el esfuerzo de formar el médico de familia a un nivel de especialista podría resultar contraproducente porque elevaría el costo de sus servicios, impidiendo su amplia utilización en la atención primaria y dejando este importante componente del servicio relegado al personal paramédico. Si esto ocurre, probablemente un alto porcentaje del gran número de médicos que estarán disponibles para el año 2000, estará subempleado o totalmente desaprovechado para las acciones de salud en el sector público.

Habría que considerar, además, que la formación del médico general como especialista a nivel de posgrado representaría el reconocimiento tá-

cito de la ineficacia del actual aprendizaje médico, e incurriría en gastos adicionales importantes en su adiestramiento a ese nivel.

Todo este planteamiento nos lleva a la necesidad de que se revisen los principios en que se basa el ejercicio profesional médico en nuestros países y se busquen, entre otras alternativas factibles, las siguientes:

- que los servicios de salud absorban, en el mayor grado posible, los grandes contingentes de médicos recién graduados, para que se dediquen a la medicina general o de familia;
- que se ofrezcan a estos médicos incentivos especiales en cuanto actúen a un nivel de atención primaria;
- que, eventualmente, cualquier posibilidad de especialización quede postergada obligatoriamente para después de este período de experiencia en la atención integral;
- que la pasantía obligatoria que ya existe en nuestros países, designada como servicio social, servicio civil de graduados, o cualquier otro nombre, pueda ser cumplida tanto en áreas rurales como en áreas periféricas urbanas, ambas reconocibles como desprotegidas en materia de atención de salud;
- que se establezcan mecanismos de ascenso en la carrera de médico general, que le permitan alcanzar niveles de desarrollo jerárquico sin tener que abandonar su dedicación a una atención de carácter integral.

Aunque esta propuesta de primera intención parezca extremada, no menos audaz fue la meta establecida en Alma-Ata y aprobada por todos los Gobiernos del mundo. Solo así será posible establecer las condiciones necesarias para que la medicina general llegue a ser públicamente reconocida, y se pueda favorecer la captación de la mayoría de los médicos que se graduarán en las dos próximas décadas, a tono con los principios y objetivos enunciados en la meta de salud para todos en el año 2000.

LA FORMACION MEDICA PARA EL AÑO 2000

Muchos de los aspectos señalados como responsables de la rigidez en los patrones de la práctica médica son también los factores que condicionan la resistencia al cambio en el interior de las escuelas de medicina. Solo que en ellas la tradición parece ser aún más fuerte, e independientemente de su nivel de desarrollo o de la capacidad y grado de actualización de sus profesores, la institución como un todo se ha mostrado insensible para adaptar la formación del médico a tono con la presente realidad social.

Así que no obstante 20 años de planteamientos, no pocos dudan que los

programas de adiestramiento estén conduciendo verdaderamente a la formación del médico general. Tampoco se han logrado los distintos niveles de integración propuestos en los últimos años, como son los de multiprofesional interdisciplinario, básico-clínico, preventivo-curativo, y docente-asistencial.

En el contexto educativo se observa con frecuencia la tendencia de soslayar las fallas del proceso para evitar enfrentar directamente las áreas problema, y a la vez se proponen acciones a otros niveles para compensar la situación. Como respuesta a la crítica de las deficiencias en la enseñanza secundaria, estas se tratan de remediar añadiendo el colegio universitario o un curso premédico, y se procura compensar la ineficiencia de la formación médica de pregrado con el desarrollo de la residencia de orientación netamente especializada. Este artificio a su vez lleva a una desviación del objetivo inicial y desplaza la posibilidad de obtener como producto final el médico general.

Otra tendencia evidente en algunos países es la de dar prioridad a la formación de posgrado, la cual, aparte de los beneficios que pueda involucrar, condiciona por lo menos dos distorsiones. La primera es que genera cierto grado de desinterés de parte de los profesores por la enseñanza de pregrado, como consecuencia de la creación de un nuevo nivel de prestigio docente en el posgrado. La segunda resulta de la excesiva especialización, que por un mecanismo de retroalimentación vino a favorecer la fragmentación del conocimiento clínico en el propio pregrado, en detrimento de la formación del médico general propuesta como objetivo inicial.

Ahora bien, muchos de los cambios formulados en las escuelas de medicina tienen también sus sesgos, ya sea por estar vinculados a influencias foráneas, a veces controversiales, que no responden necesariamente a la problemática local, o por representar simplemente innovaciones sin adecuada base conceptual y sin resultados comprobados.

Sin embargo, resulta estimulante constatar que en años recientes se ha venido fortaleciendo la tesis de que las escuelas de medicina latinoamericanas han de buscar sus propias soluciones a través de un proceso creativo y profundamente crítico, sustentado en su propia realidad y en las exigencias de la sociedad en la cual tienen su asiento.

Si esto es verdad y está siendo puesto en práctica en nuestras escuelas, entonces sí podemos ser optimistas en cuanto a las posibilidades de alcanzar la meta del año 2000. De hecho, la propuesta de atención primaria para toda la población es extremadamente flexible en su implantación y en

cada caso tendrá que ajustarse al contexto local, lo que hace más factible la búsqueda de soluciones autóctonas en cada país.

La única constante en este planteamiento es la necesidad de formar el médico general y, a falta de modelos de comprobada eficiencia para hacerlo, no resta más que volver a plantear algunas de las orientaciones, también generales, que a la postre tendrán que ser consideradas en cualquier intento de llevar a la práctica este objetivo.

En primer lugar, hay que llamar la atención al hecho de que las escuelas latinoamericanas, en su gran mayoría, carecen de una clara definición del producto final que quieren formar. Es decir, que no otorgan suficiente importancia a contar con un marco de referencia conceptual y explícito que tenga en cuenta el contexto socioeconómico y político, la situación de salud, los patrones de la práctica médica y la estructura y normas de funcionamiento de los servicios, no solo en función de las condiciones actuales, sino también con un sentido prospectivo. Sin embargo, esto solo no es suficiente para orientar el cambio del proceso de formación. Es necesario, igualmente, identificar con gran precisión el perfil educativo de este médico general, basándose en una definición más clara de sus funciones y en el establecimiento de los niveles de competencia que se requieren para su ejercicio.

Este enfoque permitiría como contrapartida una revisión a fondo del proceso de evaluación, que a la larga es el instrumento que autoriza el ejercicio de la profesión, y conduciría a la evaluación efectiva del desempeño profesional y no de los conocimientos, como se ha acostumbrado clásicamente.

Otro aspecto de importancia fundamental y urgente a ser considerado en la reformulación de la formación médica es el plan de estudios. La tradición de agregar al programa todo conocimiento nuevo que aparece en el campo de la biomedicina ha transformado la educación médica en una "experiencia académica brutal", como ha dicho Steven Muller, Presidente de la Universidad de Johns Hopkins, y actualmente coordinador de un grupo de trabajo establecido por la American Association of Medical Colleges, para examinar en profundidad el currículo médico actual. A propósito, la prioridad que están concediendo a esta iniciativa sus organizadores puede estimarse por el presupuesto de un millón de dólares asignado al grupo de trabajo, que tiene hasta 1984 como plazo para presentar su informe.

Muller informó en una entrevista reciente, sobre el consenso demostrado por más de 1.000 respuestas a un cuestionario enviado a profesores de medicina y comentó que "las escuelas de medicina están sumergiendo a

los estudiantes en detalles abrumadores sobre conocimientos especializados y aplicación de tecnologías complejas, con lo cual restringen el aprendizaje de habilidades fundamentales que todo médico debe tener". También agregó, "que esto puede llevar a una fascinación con la tecnología que torne al artefacto en algo más importante que el paciente". En este mismo contexto, John Cooper, Presidente de la American Association of Medical Schools, señaló que "el programa de estudios absorbe a los alumnos de tal manera que no les deja tiempo para desarrollarse como seres humanos".

Estos planteamientos están a tono con la preocupación general por la inadecuación de la formación médica en su presente configuración, que no está orientada a objetivos claramente definidos; no atiende a las prioridades de salud; no observa los más elementales principios pedagógicos; y por otro lado, se basa en una tradición injustificada, deformada a lo largo del tiempo por la adición de fragmentos de nuevos conocimientos y ajustes de compromiso.

La posibilidad de ubicar las escuelas de medicina en el escenario descrito anteriormente solo podrá basarse en la decisión extrema de empezar de nuevo, con una revisión a fondo de todo el plan de estudios, y una revaloración de todas las disciplinas y de sus contenidos sustantivos. Será necesario estudiar qué papel desempeñan las llamadas ciencias básicas y analizar el tipo de experiencias clínicas indispensables, y asimismo, reevaluar el beneficio que puede haber aportado la práctica de la medicina comunitaria.

Posiblemente el eje de la formación debería estar más centrado en una base demográfica que en una individual y, en este contexto habría que dar más énfasis a disciplinas como la epidemiología, planificación y administración, economía de salud, informática, auditoría médica y control de calidad. Entre las disciplinas clínicas debería haber una concentración en las áreas fundamentales de medicina interna, cirugía, obstetricia, pediatría y psiquiatría, restringiéndose la experiencia especializada para el posgrado. Todo esto, para ser verdaderamente efectivo, debería desarrollarse, en términos de proceso, en un esquema de integración docente-asistencial en el cual la utilización de los campos de práctica no tendría un carácter demostrativo sino que representaría una continuidad de la actividad trabajo-adiestramiento. El sistema de servicios de salud, regionalizado y organizado por niveles de complejidad, ofrecería un escenario más amplio y realista que el del hospital universitario, en el cual predomina una atención de tipo terciario.

Las ideas aquí propuestas se ofrecen como lineamientos de orientación

general cuya aplicación requiere estudios más detallados de cada realidad concreta antes de efectuar los cambios que puedan ser necesarios.

Como conclusión, se reiteran los conceptos principales de la anterior exposición que representan un desafío a la educación médica:

1) Lograr preservar en el futuro médico, un interés genuino en el cuidado del individuo y, en general, en el bienestar de la población.

2) Favorecer la interacción médico-paciente a un nivel de responsabilidad compartida.

3) Desarrollar plenamente la conciencia de una relación costo-beneficio en las acciones de salud.

4) Procurar valorar la calidad de vida y la función de la propia profesión médica en la estructura política y social del país dado.

RESUMEN

En el transcurso de los 17 años que faltan para llegar al año 2000, año en que se aspira haber alcanzado la meta de salud para todos, será necesario encauzar la formación de recursos humanos en el campo de la medicina para adecuar a los propósitos de la meta y preparar al equipo de servicios de salud para enfrentar a los desafíos que se presentarán en ese futuro no tan lejano.

El autor analiza las características y tendencias demográficas, socioeconómicas, tecnológicas y de salud de la Región, así como el papel que desempeñan los médicos y los servicios de salud. Llega a la conclusión de que además de una racionalización mayor de los recursos, la atención primaria entraña una profunda transformación de la función social del médico y de sus condiciones de trabajo. Es decir, para el año 2000 habrá que redefinir la función del médico, el uso de los servicios y las tecnologías que se aplican.

En relación con las perspectivas para el ejercicio profesional, el artículo hace hincapié en que para proporcionar atención primaria a toda la población, los servicios de salud necesitarán un personal polivalente y multidisciplinario, con participación plena de la comunidad, y con la intervención preponderante del médico general. Para lograr todo ello habrá que dar un énfasis mayor a la formación del médico general (o de familia), sin soslayar al especialista; hacer una revisión a fondo de los planes de estudio de las escuelas latinoamericanas de medicina—con autonomía, espíritu autocrítico y soluciones propias—y propiciar una interacción más estrecha de la relación médico-paciente, en consonancia con la estructura política y social de cada país.

BIBLIOGRAFIA

Andrade, J. Marco conceptual de la educación médica en la América Latina. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 28. Washington, D. C., OPS/OMS, 1979.

Banta, H. D. Información para la evaluación de la tecnología. *Educ Méd Salud* 14(2): 157-173, 1980.

Beeson, P. B. Priorities in medical education. *Perspect Biol Med* 25(4), 1982.

Castellanos, J. y M. Kisil. Estructura de los servicios de atención médica. *Educ Méd Salud* 15(3):258-290, 1981.

Congreso de los Estados Unidos de América. Office of Technology Assessment: The Implications of Cost-Effectiveness Analysis of Medical Technology. Washington, D. C., octubre de 1980.

Cháves, M. *Saúde—Uma estratégia de mudança.* Rio de Janeiro. Editora Guanabara Dois S. A., 1982.

Evans, J. R. *Measurement and Management in Medicine and Health Services.* New York, The Rockefeller Foundation, 1982.

Feinberg, L. Panel to seek basic shift in "brutal" medical school curriculum. *The Washington Post,* 20 de octubre de 1982.

Ferreira, J. R. *La necesidad de una colaboración efectiva entre la educación médica y el servicio de salud.* Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Ginebra, 1981, pág. 244.

Fox, R. W. *The Urban System and Population Growth.* Washington, D. C., Inter-American Development Bank, Febrero de 1982.

Fraga, C. Formação e capacitação do médico geral. *Educ Méd Salud* 13(2):149-163, 1979.

Guerra de Macedo, C. Extensão das ações de saúde através de Serviços Básicos—Anais da 7° Conferencia Nacional de Saúde. Brasil, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980, pág. 19.

Hiatt, H. H. *Training Physicians in Health Policy and Management—Medical Ethics and Medical Education.* Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Ginebra, 1981, pág. 254.

Jatene, A. D. Expansão dos serviços de saúde nas áreas metropolitanas—Anais da 7° Conferencia Nacional de Saúde. Brasil, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980, pág. 49.

Lipking, M. y W. A. Lybrand. *Population-Based Medicine.* New York, Praeger Pubs. (Holt, Rinehart & Winston), 1982.

Neri, A. *Salud y política social.* Buenos Aires, Hachette, 1982.

OPS. *Salud para Todos en el Año 2000. Estrategias.* Documento Oficial No. 173. Washington, D. C., 1982.

OPS. *Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales.* Documento Oficial No. 179. Washington, D. C., 1982.

OPS. Documento Básico sobre las Implicaciones Financieras y Presupuestarias, a Nivel Nacional e Internacional, de las Estrategias Regionales y del Plan de Acción para el Logro de la Meta de Salud para Todos en el Año 2000. Documento mimeografiado presentado en la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana (CSP21/21). Washington, D. C., 6 de agosto de 1982.

OPS. *Las condiciones de salud en las Américas 1977-1980.* Publicación Científica 427. Washington, D. C., 1982.

OPS/OMS. Coordinación entre las Instituciones de Seguridad Social y las de Salud Pública. Documento mimeografiado presentado en la XXVIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (CD28/34). Washington, D. C., septiembre de 1981.

Serra, J. C. y G. Palmeira. O Médico e os Serviços Básicos de Saúde—Anais da 7° Conferencia Nacional de Saúde. Brasil, Centro de Documentação do Ministerio da Saúde, 1980, pág. 135.

Vidal, C. Medicina comunitaria: nuevo enfoque de la medicina. *Educ Méd Salud* 9(1): 11-46, 1975.

White, K. L. Información para la atención de la salud: una perspectiva epidemiológica. *Educ Méd Salud* 15(4):369-394, 1981.

MANPOWER TRAINING FOR MEDICINE IN THE YEAR 2000 *(Summary)*

During the 17 years that remain till the year 2000, by which it is aspired to have achieved the goal of Health for All, medical manpower training will have to be redesigned to meet the purposes of that goal and to prepare the health service team for the challenges that await it in that no longer so distant future.

The writer analyzes the Region's demographic, socioeconomic, technological and health situations and trends, and the parts played by the physician and the health services, and comes to the conclusion that, in addition to rationalizing the utilization of resources, primary care involves a profound transformation of the physician's social function and working situation; in other words, that the function of the physician, how services are used, and the technologies to be applied will have to be redefined for the year 2000.

In relation to the outlook for professional practice, the article stresses that, to provide primary care to the entire population, the health services will need multiskilled and multidisciplinary personnel and the full participation of the community, and the preponderant role will fall to the general practitioner. Accomplishing all this will require greater emphasis on training the general practitioner (or family doctor), though without neglecting the specialist, a thoroughgoing and independent review of the study programs of the Latin American medical schools carried out by themselves in a spirit of self-criticism with a view to arriving at their own solutions, and the promotion of a closer physician-patient relationship, in a manner consistent with the political and social structure of each country.

FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA A MEDICINA DO ANO 2000 *(Resumo)*

No transcurso dos 17 anos que faltam para chegar a 2000, ano em que se aspira haver alcançado a meta de saúde para todos, será necessário orientar a formação de recursos humanos no campo da medicina para adequá-la aos propósitos da meta e preparar a equipe de serviços de saúde para enfrentar os desafios que se apresentarão nesse futuro não tão distante.

O autor analisa as características e tendências demográficas, sócio-econômicas, tecnológicas e sanitárias da Região, bem como o papel que desempenham os médicos e serviços de saúde. E chega à conclusão de que, além de uma maior racionalização dos recursos, os cuidados primários implicam uma profunda transformação da função social do médico e de suas condições de trabalho. Quer dizer, para o ano 2000 será preciso redefinir a função do médico, o uso dos serviços e as tecnologias que se aplicam.

Com relação às perspectivas para o exercício profissional, o artigo insiste em que, para proporcionar cuidados primários a toda a população, os serviços de saúde necessitarão de um pessoal polivalente e multidisciplinar, com participação plena da comunidade e com a intervenção preponderante do médico de clínica geral. Para tanto, será necessário dar uma ênfase maior à formação do clínico geral, sem deixar de lado o especialista, fazer uma revisão a fundo dos planos de estudo das escolas latino-americanas de medicina—com autonomia, espírito autocrítico e soluções próprias—e propiciar uma interação mais estreita da relação médico-paciente, em consonância com a estrutura política e social de cada país.

FORMATION DE RESSOURCES HUMAINES POUR LA MÉDECINE DE L'AN 2000 *(Résumé)*

Dans les 17 années qui nous manquent pour parvenir à l'an 2000, où l'on espère avoir atteint l'objectif de la santé pour tous, il faudra orienter la formation des ressources humaines dans le domaine de la médecine pour l'adapter à cet objectif et préparer l'ensemble des services de santé nécessaires pour faire face aux défis qui se présenteront dans cet avenir pas très lointain.

L'auteur analyse les caractéristiques et les tendances démographiques, socio-économiques, technologiques et de santé de la région ainsi que le rôle que jouent les médecins et les services de santé. Il arrive à la conclusion qu'en plus d'une rationalisation plus grande des ressources, les soins primaires nécessitent une profonde transformation de la fonction sociale du médecin et de ses conditions de travail. Autrement dit, pour l'an 2000, il faudra redéfinir la fonction du médecin, l'utilisation des services et les techniques à appliquer.

En ce qui concerne les perspectives pour l'exercise professionnel, cet article souligne que, pour dispenser des soins primaires à toute la population, les services de santé auront besoin d'un personnel polyvalent et multidisciplinaire, d'une pleine participation de la communauté et de l'intervention prépondérante du médecin généraliste. Pour obtenir tout cela, il faudra mettre davantage l'accent sur la formation du médecin généraliste (ou médecin de famille), sans laisser pour autant de côté le spécialiste; procéder à une révision approfondie des plans d'étude des facultés de médecine latino-américaines—pour favoriser l'autonomie, l'esprit auto-critique et les solutions appropriées—et promouvoir une interaction plus étroite de la relation médecin-patient, en harmonie avec la structure politique et sociale de chaque pays.

Educ Méd Salud, Vol. 17, No. 1 (1983)

Capacitación de personal para la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria: una propuesta metodológica

JORGE HADDAD Q.[1] Y FRANCISCA H. DE CANALES[2]

INTRODUCCION

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debería consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, meta conocida como "salud para todos en el año 2000".

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, URSS) declaró que la atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global, y es la clave para alcanzar esa meta.

Con base en esos principios, en 1981, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó el Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000, estrategias previamente aprobadas por el Consejo Directivo en 1980 y que son hoy día el fundamento de la política y el programa de la OPS. El Plan de Acción, por su parte, es el documento más importante en la Región de las Américas, pues sirve de guía a los gobiernos de las Américas en la labor que han de realizar durante los próximos decenios *(1)*.

Las resoluciones citadas tienen repercusiones importantes en la vida futura de los organismos del sector salud, y una de ellas se relaciona con el problema de la capacitación del personal que participará, de distintas formas y con diverso grado de responsabilidades, en la aplicación de las estrategias.

[1]Coordinador, Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria de Centroamérica y Panamá (PASCCAP), San José, Costa Rica.

[2]Directora, Departamento de Educación de Enfermería, Universidad Autónoma de Honduras.

El presente trabajo trata de un método para enfrentar ese problema, ensayado en el área centroamericana a partir del segundo semestre de 1981, y podrá completarse ulteriormente con los datos obtenidos en las etapas siguientes del proceso. Asimismo, tiene como objeto ofrecer un enfoque de trabajo en este campo y estimular el interés y la reflexión para ampliar la gama de alternativas de formación de personal de salud.

EL PROBLEMA

Las resoluciones mencionadas son un reto importante para los países que las han suscrito. Existen marcadas diferencias entre la situación de unos países y la de otros y los recursos de que disponen para acometer la tarea también varían. Por lo tanto, si bien la magnitud del esfuerzo necesario es en todos los casos considerable, en algunos países y regiones existen agravantes y circunstancias negativas que hacen de la tarea una empresa gigantesca. El punto de partida se caracteriza por su complejidad en relación con los siguientes factores: expectativa de vida; causas de muerte y enfermedad; abastecimiento de agua y saneamiento ambiental; situaciones económicas, sociales y políticas de los países; estado actual de la organización de los servicios de salud y del gasto en salud; y, finalmente, tendencias demográficas previstas para los próximos veinte años *(2)*.

Como parte de la infraestructura que los países deben tener para aplicar las estrategias nacionales, cobra particular interés el recurso humano. La situación en la mayoría de los países latinoamericanos muestra, en términos generales, una marcada escasez de personal, especialmente del que debe realizar la mayoría de las actividades y tareas de atención primaria. Su distribución geográfica es inadecuada y, sobre todo, su capacitación no fue orientada, en general, a satisfacer las demandas que actualmente plantea el compromiso de aplicar las estrategias necesarias para alcanzar la meta.

Hoy en día, en algunos países latinoamericanos se observan tendencias a revisar el contenido de los programas de estudios, tanto profesionales como técnicos, auxiliares y comunitarios, con el propósito de adecuarlos a las nuevas estrategias nacionales. Por desgracia, son pocos los países que así lo han hecho.

Es necesario subrayar que aunque las revisiones y modificaciones de los planes de estudios son mecanismos esenciales para orientar las actividades de aprendizaje a la formación apropiada existen otros aspectos quizás

más importantes para la capacitación del personal en función de la meta de salud para todos en el año 2000.

CONSIDERACIONES FUNDAMENTALES

La responsabilidad de formar personal de atención primaria cubre una gran cantidad de actividades que han de realizarse antes, durante y después del adiestramiento. En estas acciones participa personal docente, de servicios y de otros sectores relacionados en una u otra forma con la atención de salud que se prestará a la población. En primer lugar se definirán las acciones básicas que deberán realizarse *antes* del proceso de capacitación. Entre estas cabe mencionar la toma de decisiones y la definición de lineamientos, requisitos fundamentales que deben fijarse antes de iniciar el proceso de preparación del recurso humano. Unos son responsabilidades de los organismos de salud, otros de los centros de formación de recursos humanos, o de ambos, ya que, en última instancia, los dos son responsables de los servicios que se brindan a los usuarios.

Entre las condiciones previas indispensables se destacan las siguientes:

1) Una definición clara de la política que el país ha decidido seguir en el sector salud durante las dos últimas décadas, del plan de salud establecido para tal fin, con sus programas y servicios, así como de las limitaciones, los obstáculos y las dificultades existentes. Es igualmente importante determinar los recursos disponibles y proyectar los que se necesitarán en cada uno de los años siguientes.

Las decisiones tomadas al respecto exigen el compromiso de los responsables de la capacitación del recurso humano, así como un conocimiento preciso y detallado de esa política, de los otros aspectos ya enunciados, y de las consecuencias que tendrán en los programas de capacitación.

2) Una decisión firme del Ministerio de Salud y de los organismos interesados en capacitar al personal para este fin específico. Esta decisión comprende respaldo y apoyo técnico, asignación de presupuestos adecuados, creación de plazas para docencia, cooperación con las actividades de investigación operativa y educativa, y fortalecimiento de las instituciones docentes. Significa, en suma, dar prioridad a la capacitación de personal dentro de las actividades de un ministerio de salud.

3) Un análisis de la situación general del país y del sistema de salud del que se obtendrán los elementos básicos para formular el marco de referencia de las actividades de enseñanza-aprendizaje. Esta etapa es necesaria para conocer la evolución histórica del proceso de extensión de los servi-

cios desde el principio, y para prever el curso que seguirá en los años ulteriores. También es básica para determinar la posibilidad de alcanzar la meta para el año 2000 en cada país, así como sus repercusiones económicas, sociales y políticas, y en qué medida se cuenta con todos y cada uno de los componentes estratégicos de la atención primaria, tales como participación de la comunidad, el desarrollo administrativo, los mecanismos para lograr una articulación intersectorial, el empleo de tecnología apropiada y el desarrollo de recursos humanos. Todos estos elementos se dan en forma desigual en los diversos países, por lo cual sus variantes y factores relacionados deben estar determinados claramente antes de su inclusión en los planes de estudios respectivos.

Debe destacarse la importancia de efectuar un análisis permanente, que parta de una descripción de la situación problemática original e incluya características demográficas; causas de morbilidad y mortalidad; organización y financiación de los servicios; evolución de los indicadores de ampliación; organización y utilización de los servicios; disponibilidad, formación y distribución de recursos humanos; organización y participación de la comunidad, y formulación de previsiones en función de estos análisis. *(3)*.

En este caso, la investigación se enfocará hacia la toma de decisiones sobre el contenido de los distintos programas de capacitación, teniendo en cuenta la orientación previsible de las acciones de atención primaria, la posible aparición de problemas y cambios, y la dotación de capacidades, conocimientos y actitudes que permitan al trabajador solucionar esos problemas y promover un curso progresivo hacia el logro de la meta.

A continuación se enumeran otros requisitos previos más directamente relacionados con la capacitación del recurso humano:

1) Definición de políticas nacionales en materia de personal de salud, basadas en que el desarrollo de los recursos humanos es solo un componente del desarrollo de los servicios de salud.

2) Definición del proceso de planificación, programación, utilización y capacitación de personal de manera completa y con espíritu de equipo.

3) Determinación de nuevos tipos, categorías y cantidad de personal susceptible de formación, así como del mecanismo para definir los perfiles ocupacionales, partiendo de los planes y la política de salud y de recursos humanos.

4) Planificación, organización y ejecución de nuevos programas educativos en función de los tipos y categorías definidos.

5) Incorporación del personal egresado de los centros de formación,

que actualmente labora en las instituciones de salud en el desarrollo de programas de capacitación.

6) Establecimiento de métodos de control y vigilancia en el empleo del personal, de manera que los resultados de análisis continuos sirvan de retroalimentación para el reajuste de los procesos y la capacitación del recurso humano *(4)*.

En general, se estima que en los niveles decisorios deben dictarse pautas para la preparación del personal de salud, mediante un proceso previo de planificación, producción y utilización global, que, a su vez, debe formar parte integrante de la política y el desarrollo de los servicios de salud de un país.

PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA CAPACITACION

La capacitación de personal de salud engloba una serie de aspectos que, por las marcadas diferencias de la situación en los países, precisarán análisis y adaptaciones a cada caso particular. Por lo tanto, las referencias a esos aspectos son de carácter general.

Algunas áreas deben definirse; por ejemplo, a qué personal deben estar orientadas las actividades de enseñanza-aprendizaje y cómo organizar los grupos de recursos para su capacitación según las responsabilidades que han de asumir en esta empresa. Se requiere determinar, además, cuál debe ser el contenido de esa capacitación según las funciones a desempeñar y las necesidades descubiertas en los recursos a formarse en relación con los planes trazados en educación y servicio. Hay que identificar la metodología apropiada para esa capacitación y crear mecanismos de seguimiento y evaluación de los recursos humanos formados y de las actividades de investigación que deben efectuarse. Todos estos aspectos exigen una planificación cuidadosa en base a las decisiones fundamentales tomadas y planteadas en la primera fase del trabajo y al diagnóstico de la situación de la formación del recurso humano en función de la meta de salud para todos en el año 2000.

Personal objeto

La selección de personal hacia el cual deben enfocarse las actividades de capacitación es importante, ya que es necesario involucrar a funcionarios del área de servicios, docentes que laborarán en los centros de formación y trabajadores en otros sectores relacionados con los servicios de sa-

lud. Es posible identificar una amplia gama de ellos según distintos puntos de referencia:

Personal de salud según ubicación
- Funcionarios de nivel político y decisorio.
- Funcionarios de nivel normativo.
- Funcionarios de nivel ejecutivo.

Personal según categorías
- Profesionales.
- Técnicos.
- Auxiliares.
- Comunitarios.

Personal según antigüedad
- Recursos ya capacitados que laboran en las instituciones de salud.
- Recursos de nuevo ingreso.

Personal según responsabilidad directa en la formación del recurso humano
- Divisiones o departamentos de recursos humanos de los Ministerios de Salud o de otros organismos.
- Centros de formación del recurso humano: escuelas, universidades.

Personal de otros sectores: estos abarcan aquellos que necesariamente se articulan con el sector salud para el cumplimiento de los objetivos, metas y funciones:
- Educación.
- Vivienda.
- Agrario.
- Economía.
- Otros.

Organización de la capacitación

Tomando como base la gama de agentes de salud y analizando la capacitación, según las responsabilidades de cada funcionario del sistema de prestación de servicios, es posible identificar tres grupos a capacitar:

1) Grupos decisorios: este nivel incluye el personal responsable de la dirección a nivel nacional del Ministerio de Salud u otros organismos afines, que debe definir las políticas y planes a seguir en el desarrollo de los servicios de salud en lo que respecta a los recursos humanos.

2) Grupos multiplicadores: por lo general están constituidos por personal de nivel superior e intermedio de la pirámide que se encargarán de la preparación del tercer grupo de trabajadores.

3) Grupos ejecutores de las labores de atención primaria: están integrados en última instancia por los responsables de casi todas las actividades de trabajo en los

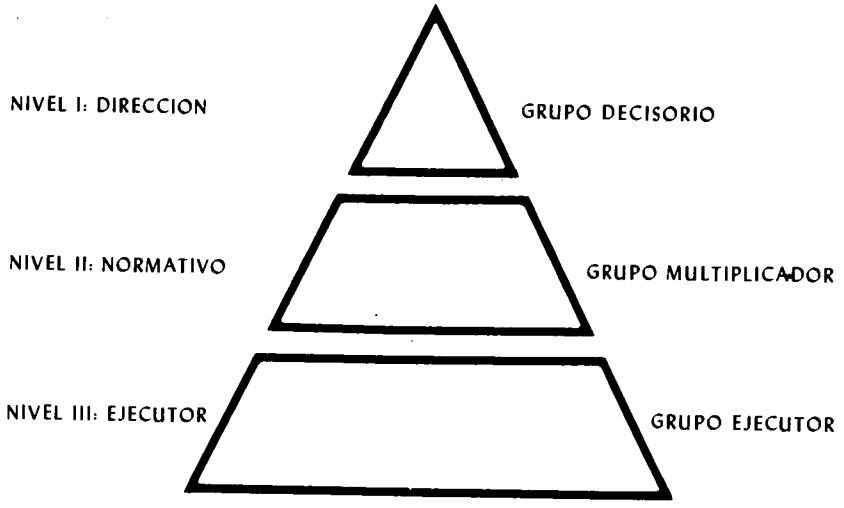


Figura 1. Ubicación de los grupos decisorios, multiplicadores y ejecutores.

servicios, ubicados en los distintos niveles del sistema, y en general están formados por personal de nivel técnico, auxiliar y comunitario; son, en consecuencia, los grupos que mayormente deben ser capacitados para el mejor logro de su cometido.

Contenido de la capacitación

Según los distintos grupos antes mencionados, los aspectos comprendidos en los programas de capacitación varían en su amplitud, profundidad y análisis de operatividad de acuerdo con las responsabilidades de los funcionarios en el sistema. En general, en una primera fase, la preparación se enfoca hacia tres áreas fundamentales:

1. Los aspectos conceptuales y operativos relacionados con la meta de salud para todos en el año 2000, la estrategia de atención primaria, los fundamentos de cada uno de los componentes estratégicos de la misma en el contexto nacional e internacional y las bases de los distintos componentes programáticos que el país ha decidido poner en práctica *(5)*.
2. Metodología educacional apropiada para los distintos grupos y tipos de personal que serán capacitados como ejecutores; este aspecto debe procurar presentar a los agentes multiplicadores diversas alternativas para promover el aprendizaje de acuerdo con el nivel de atención en que laboran los aprendices y con el grado de escolaridad básico de cada grupo de ellos.
3. Metodología de abordaje operativo de los planes trazados por el gobierno

para el logro de la meta de salud para todos en el año 2000; en esta área se procura proporcionar a los ejecutores instrumentos y conocimientos, para analizar la situación en el sistema de los diferentes componentes programáticos y estratégicos y para realizar las actividades previstas, con las modificaciones y reajustes que se deben efectuar en cada uno de los componentes programáticos según las necesidades y problemas operativos detectados.

El primer aspecto se engloba en los tres grupos de personal mencionados, enfatizando en el de nivel decisorio actividades prácticas dirigidas a la determinación y definición de políticas nacionales en relación con la meta, sustentado por un análisis de la situación general del país.

En el grupo multiplicador deberán enfocarse, además de los aspectos conceptuales y operativos de la meta, lo referente a la metodología educacional de tal manera que se le capacite para promover la responsabilidad de cada uno de los funcionarios hacia el compromiso de la meta.

En el grupo ejecutor deben considerarse lo referente a la meta y la atención primaria de salud, haciendo énfasis en el análisis de los componentes programáticos; esencialmente se trata de proveer los medios o utilizar las metodologías que permitan adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que faciliten la ejecución de los distintos programas que el sistema prestador de servicios ha decidido poner en marcha.

El contenido de la capacitación para cada uno de los grupos mencionados se resume en el cuadro 1; los temas planteados deben considerarse como una propuesta de contenido mínimo, susceptible de modificaciones para cada país.

Es aconsejable estructurar el contenido indicado en unidades de aprendizaje en las que aparezcan claramente definidos los objetivos de la instrucción, la metodología a emplear (que en todo momento debe promover el análisis) y la discusión de los conceptos como mecanismo facilitador del aprendizaje y la utilización al máximo de servicios y programas de atención primaria en ejecución en el país.

Se recomienda además, que la estructura de las unidades refleje un estudio y análisis ocupacional para que las mismas respondan a las necesidades del servicio por parte de aquellos a quienes la capacitación está dirigida.

Metodología para promover el aprendizaje

El proceso metodológico a seguir en la capacitación del recurso puede tener también un espectro de variantes en su enfoque, actividades, dura-

Cuadro 1. Contenido de la capacitación, por grupos (6)

Area de contenido	Grupo I	Grupo II	Grupo III
• Aspectos teórico-prácticos de la meta de salud para todos en el año 2000 y la atención primaria de salud: La meta. Análisis. Fundamentos. Implicaciones para el país. Condicionantes. Grupos objetivo. Problemas prioritarios a resolver. Ambiente. Datos demográficos para los próximos 20 años. Indicadores a utilizar.			Preferible enfocar sus generalidades.
• La estrategia de atención primaria: Estructura. Fundamentos. Componentes (estratégicos y programáticos).	En componentes estratégicos se hace énfasis en los fundamentos, requerimientos y características particulares del país.	En componentes estratégicos se hace énfasis en los fundamentos, requerimientos y características particulares del país.	En componentes programáticos el énfasis estará en las bases de cada programa, las condiciones para su apertura, y los mecanismos viables de ejecución.
• El Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales: Análisis de cada elemento en términos de factibilidad, implicaciones, limitaciones y probables ajustes nacionales.	Se hace énfasis en el significado de cada elemento, sus implicaciones y una metodología para la comprensión general de cada problema.	Se hace énfasis en el significado de cada elemento, sus implicaciones y una metodología para la comprensión general de cada problema.	Es preferible incorporar su discusión como hecho operativo y concreto, en lugar de darle características de instrucción.
• Situación nacional del país: Metas políticas y planes a seguir. Estrategias. Análisis operativo de cada componente programático.	Conviene hacer énfasis en el trazar o definir las políticas y planes que el país va a seguir en cada uno de los componentes.	Enfocar lo especificado por el nivel decisorio en cuanto a políticas, metas y planes.	Explicar lo decidido por el gobierno y enfocar el análisis operativo de los componentes programáticos, identificar problemas y especificar acciones concretas a seguir por el reajuste de los programas.

Cuadro 1. Contenido de la capacitación, por grupos (6)

Area de contenido	Grupo I	Grupo II	Grupo III
• Tecnología educacional: Mecanismos para identificar necesidades de capacitación en base a perfiles ocupacionales y desempeño. Principios de educación de adultos. Preparación de materiales educacionales apropiados.		Las distintas etapas del proceso de enseñanza-aprendizaje se diseñan y ejecutan alrededor de un hecho concreto, que es el desempeño observado de un agente de salud en un servicio.	
• Propuestas metodológicas para la revisión, ejecución y evaluación de planes o programas de salud: Estrategias y mecanismos para la revisión y ejecución de los programas de salud. Identificación de problemas operativos. Planificación y programación de actividades. Mecanismos para dirigir y ejecutar las acciones a realizar en el programa. Mecanismos de supervisión. Actividades de control y evaluación. Proceso de reajuste de los programas.	Se enfoca integralmente con la situación nacional del país, ya que en ese proceso se van detectando problemas de capacidad de los funcionarios para cumplir sus responsabilidades y se promueve la discusión de propuestas metodológicas que lo capaciten para las funciones a desempeñar.	Igual al Grupo I.	Se enfoca integralmente con el análisis operativo de los distintos componentes programáticos proporcionándoles los medios que les orienten hacia las estrategias y los mecanismos a aplicar para la ejecución de los programas.

ción de las actividades, profundidad y técnicas educativas a utilizar; esto dependerá de muchos factores, tales como grupo y categoría del personal a capacitar, nivel o etapa en que el país se encuentra en la definición de las bases para el logro de la meta de salud para todos, fases que se seguirán en la preparación del recurso humano y otros.

La metodología debe partir de objetivos claros y concretos en base al desempeño real y esperado, lo que determinará específicamente las técnicas de enseñanza-aprendizaje que se han de utilizar. Estos objetivos pueden tener varios niveles de complejidad. El primero debe ser dirigido hacia el conocimiento y análisis de la meta y de la atención primaria de salud y sus diferentes componentes. Esto puede asociarse a un análisis del contexto nacional y a una reflexión de los planteamientos enunciados a nivel regional, así como también a un análisis crítico de las implicaciones que tiene cada uno de los elementos en el país. Para este objetivo pueden utilizarse las discusiones de grupo, paneles-foro, y estudios de base para modificar o ajustar la actividad que se está desarrollando o planificar actividades de seguimiento y reforzamiento. Esto lleva a otro de los objetivos que hay que fijar en las actividades de capacitación y es el de proveer instrumentos y metodologías de trabajo a los funcionarios para enfrentarse a ese reto, tales como el proceso administrativo, método científico, diseño curricular o aspectos específicos relativos a destrezas y otros. A manera de ejemplo puede considerarse que los docentes enfrentarán quizás, en su quehacer, la necesidad de conocer y utilizar nuevos métodos de enseñanza teórico-práctica que los capacite mejor para el adiestramiento de los funcionarios en materia de salud o que el personal de servicio podrá necesitar nuevas destrezas para sus funciones futuras según las nuevas líneas de acción a seguir para el logro de la meta.

Todo ello requiere seguir los lineamientos especificados en el contenido de la capacitación sobre la tecnología educacional y las propuestas metodológicas para la revisión, ejecución y evaluación de los programas, contenido que, según nuestro criterio, debe integrarse metodológicamente en los niveles y objetivos inicialmente trazados. Los aspectos de tecnología educacional que, como se ha indicado, cobran importancia cuando el adiestramiento se imparte al grupo de multiplicadores, deben desarrollarse alrededor de actividades concretas que paralelamente sean observadas en el terreno. Todas las etapas de planificación educativa, diseño curricular, desarrollo de actividades de aprendizaje, uso de métodos y medios, deben cumplirse con base en el desempeño real de las personas y en la ejecución real de tareas de servicio; de esta manera, el adiestramiento en tecnología educativa dejará de ser una cuestión *in abstracto* con ejemplos y ejercicios ajenos a la situación real.

En general, aun considerando que la metodología puede variar, deben seguirse algunas pautas generales, a saber:

- Debe prevalecer una metodología que permita la amplia participación de los aprendices para que todos se incorporen plenamente en el proceso de capacitación.
- En las discusiones y trabajos de grupos, visitas u otros proyectos debe fomentarse la actividad interdisciplinaria y el trabajo en equipo.
- Los enfoques metodológicos y tecnologías educacionales deben ser los más apropiados y adecuados al quehacer del funcionario, incluso con un alto grado de simulación.

Es especialmente importante que los coordinadores de las actividades de capacitación a cualquier nivel sean "facilitadores" en el proceso metodológico utilizado y que prevalezcan en su quehacer los principios de "aprender haciendo" y "aprender a ser" *(7)*.

SEGUIMIENTO Y EDUCACION CONTINUA

Para determinar los reajustes y reforzamientos que deben aplicarse en los programas de capacitación es necesario que se planifiquen y establezcan mecanismos de seguimiento y evaluación de las actividades que se están realizando y del desempeño de los funcionarios para determinar los lineamientos a seguir en el proceso de educación continua.

También es importante planificar e instituir un sistema de supervisión que posibilite la motivación del trabajador de salud hacia el mejoramiento de la atención de salud y que permita asimismo detectar las necesidades de aprendizaje y adquisición de destrezas que requiere el personal para el mejor desempeño de sus funciones.

Debe tenerse en cuenta que el estado de salud de la población mejora cuando el rendimiento del personal de salud ha mejorado y por consiguiente la atención de salud que este presta, lo cual será el resultado y la medida real del efecto y la eficacia de toda actividad de capacitación, seguimiento y educación continua.

INVESTIGACION EN EL AREA EDUCACIONAL

La investigación educacional es también una actividad importante del proceso de capacitación, y en lo posible deberá desarrollarse en forma

permanente y paralela al desarrollo de las actividades educativas. El Plan de Acción *(1)* resume adecuadamente la necesidad de promover la investigación educacional como apoyo de la capacitación para la ejecución de la estrategia; pone énfasis en la necesidad de analizar los sistemas educacionales actuales, en la investigación y en el desarrollo de métodos no convencionales de capacitación, "especialmente para la formación de personal para la atención primaria, incluyendo a los agentes comunitarios", y el refuerzo de la capacidad para investigar en tecnología educacional, "incluyendo formación de personal en esta área", así como para desarrollar nuevos tipos de materiales educacionales aplicables fundamentalmente a la formación de personal técnico, auxiliar y de la comunidad; todos estos elementos, según el Plan, deben promoverse en los países interesados en este tipo de actividad.

Se estima que la investigación educacional debe estar a cargo de grupos de personal universitario y de los Ministerios de Salud que dispongan de algún tiempo para su ejecución y que hayan tenido alguna experiencia con actividades de este tipo. Por lo tanto, los integrantes de estos grupos deberán ser capacitados en el uso y aplicación de una metodología de investigación aplicada a la educación. Los resultados deberán "alimentar" constantemente a los grupos encargados de las decisiones tocantes a programas de estudio y de la selección de la tecnología educacional más adecuada para ponerlas en ejecución.

UNA EXPERIENCIA CENTROAMERICANA

A partir del segundo semestre de 1980, el Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria de Centroamérica y Panamá (PASCCAP) realizó una serie de actividades tendientes a iniciar la capacitación de personal para la meta de salud para todos y la estrategia de atención primaria de salud. El modelo delineado incluyó las siguientes etapas:

- Desarrollo de investigaciones en los países para determinar el contenido de los programas de adiestramiento a la luz de las estrategias regionales y nacionales; preparación de un documento básico de contenidos y transformación del mismo en una unidad de aprendizaje (1980-1981).
- Realización de cuatro cursos internacionales (dos en 1981 y dos en 1982) para la capacitación de funcionarios de los niveles central y regional de los Ministerios de Salud de los países centroamericanos, que pudieran posteriormente llevar a cabo la capacitación de personal nacional en sus propios países.
- Adiestramiento de personal de los niveles regional y local de los países, lleva-

do a cabo por los grupos adiestrados en la primera etapa; desarrollo de actividades de educación continua para los participantes en los dos primeros cursos internacionales—(a partir de 1982).

Los objetivos de los cursos internacionales fueron: capacitar a un grupo de funcionarios de los sistemas de salud y educación de los países centroamericanos y Panamá como agentes multiplicadores para la promoción de la meta de salud para todos en el año 2000 y su estrategia de atención primaria; brindar oportunidades para que un grupo de funcionarios de los sectores mencionados analizaran críticamente la meta y la estrategia, y proveer oportunidades para que los participantes conocieran y aplicaran una metodología educacional apropiada en la capacitación de los trabajadores de salud de sus países *(8)*.

Los 46 participantes en los cursos de 1982 procedían de Costa Rica (12), El Salvador (6), Guatemala (7), Honduras (13), Nicaragua (3) y Panamá (5). De ellos, 9 eran médicos, 27 enfermeras, 1 inspector de saneamiento, 2 educadores para la salud, 4 maestros, 1 promotor de salud y 2 trabajadores sociales.

Uno de los cursos duró tres semanas, y el otro dos. En ambos las discusiones tuvieron lugar en ambientes urbanos propicios al aprendizaje (San José, Costa Rica, y San Pedro Sula, Honduras). La etapa de observación y análisis de los componentes estratégicos y programáticos se llevó a cabo con la colaboración de los servicios y programas de una región sanitaria de cada uno de los países (Nicoya, Costa Rica, Progreso y Puerto Cortés, Honduras).

Los cursos se estructuraron en dos unidades de aprendizaje:

Unidad I

Sección I : La meta de salud para todos en el año 2000
Sección II : La estrategia de atención primaria
Sección III : Los componentes estratégicos de la atención primaria
Sección IV : Los componentes programáticos de la atención primaria

Unidad II

Sección I : Cultura-educación-enseñanza-aprendizaje
Sección II : Grupos sociales-comunicación
Sección III : Psicología del aprendizaje
Sección IV : Técnicas de trabajo con grupos *(8)*

En uno de los cursos las unidades se presentaron separadamente y en el otro se abordaron integradas, simultáneamente.

Las técnicas de instrucción más utilizadas fueron:

- Estudios de casos (para ilustrar componentes estratégicos)
- Discusiones de grupo (para analizar la meta, las estrategias y sus implicaciones)
- Paneles-foro (para intercambiar experiencias nacionales en cuanto a componentes estratégicos)
- Programas audiovisuales
  - Films de casos
  - Diapositivas (con y sin sonido)
  - Simulaciones (para ilustrar actividades de grupo)
  - Visitas de observación a servicios, entrevistas con grupos voluntarios de la comunidad, seguidos de discusión (para el estudio de componentes programáticos dentro de un plan nacional de salud basado en atención primaria)
  - Revisiones bibliográficas (se incluyeron el documento básico, los documentos de la OMS y la OPS sobre estrategias y el Plan de Acción, y otro material de apoyo reciente *(1,2,8,9)*).

De acuerdo con lo previsto, se programaron actividades de adiestramiento de personal nacional a partir de 1982, contando con buena parte de los 46 funcionarios ya capacitados. Se continuó apoyando a los instructores nacionales, tanto técnicamente como en lo que se refiere a materiales de ayuda.

La educación continua comenzó simultáneamente, y abordó, en primera instancia, el estudio de algunos de los componentes estratégicos de la atención primaria, tales como la articulación intersectorial y el desarrollo de recursos humanos. En 1983 los estudios incluirán tecnología apropiada, extensión de la cobertura, desarrollo administrativo y participación popular.

Para las actividades futuras se empleará el mismo modelo de cursos-taller antes mencionado y además otras técnicas tales como diapofonogramas y módulos de autoinstrucción, "paquetes de instructivos", y actividades de educación a distancia.

RESUMEN

A raíz de las distintas resoluciones tomadas a nivel mundial y regional en relación con la salud, la capacitación de personal a cargo de la ejecución de las acciones sanitarias se ha convertido en uno de los factores más importantes para el cumplimiento de los compromisos contraídos por los

países. En ese sentido, los autores exponen una alternativa metodológica para dicha capacitación, partiendo de un análisis de la problemática que se pretende enfrentar, y estableciendo consideraciones básicas y premisas fundamentales a considerar como paso previo a la planificación y desarrollo de acciones educativas. La necesidad de ajustar la capacitación a las funciones y características de los distintos niveles de personal se enfatiza y justifica en este trabajo, haciendo hincapié en la conveniencia de desarrollar la capacitación alrededor del desempeño real de los funcionarios y de la naturaleza y características concretas de las actividades de servicio en el contexto nacional particular de cada país.

Asimismo se destaca la importancia de tomar conciencia de que tal capacitación debe ser permanente y continua, utilizando para ello diversas modalidades para promover el aprendizaje de los adultos involucrados en el proceso, y a fin de descartar la forma tradicional de formación de personal en base a cursos y seminarios de duración preestablecida, que crea la noción de que la educación finaliza cuando el curso cumple el horario y las actividades prefijadas.

Los conceptos y opiniones vertidas en este trabajo se ven corroboradas, al final, con una comunicación preliminar sobre una experiencia iniciada por el Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria de Centroamérica y Panamá (PASCCAP), organismo que agrupa a los Ministerios de Salud de los seis países del área, y que actuó como instrumento de la Organización Panamericana de la Salud en estas actividades de capacitación de personal. Las fases subsiguientes del proceso iniciado serán objeto de divulgación posterior.

REFERENCIAS

(1) Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales.* Washington, D.C., Documento Oficial 179, 1982.

(2) Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000.* Ginebra, Serie "Salud para Todos", No. 3, 1981.

(3) Informe de la Reunión de un Grupo de Consulta sobre Investigación de los procesos de Extensión de Cobertura. PASCCAP, 1981.

(4) Haddad, J. Estado actual de la enseñanza de la salud pública en Centroamérica y Panamá. *Educ Méd Salud* 16(1), 1982.

(5) Consideraciones sobre la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria y sus componentes. Publicación PASCCAP No. 1, 1981.

(6) Primer Curso-Taller Centroamericano sobre la Meta SPTA/2000 y la Estrategia de Atención Primaria. Materiales del Curso. Volúmenes I, II, III. PASCCAP, 1981.

(7) Ludojoski, R. L. *Andragogía o educación del adulto.* Buenos Aires, Editorial Guadalupe, 1972.

(8) Informe de los cursos-taller centroamericanos sobre la meta SPTA/2000 y la estrategia de atención primaria llevados a cabo en Costa Rica y Honduras. PASCCAP, 1982.

(9) Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Estrategias.* Washington, D.C., Documento Oficial 173, 1980.

TRAINING OF PERSONNEL FOR THE GOAL OF HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000 AND THE PRIMARY CARE STRATEGY: A PROPOSED METHODOLOGY *(Summary)*

As a result of health-related resolutions at world and regional level, the training of personnel to implement health activities has become a major factor in meeting the commitments assumed by the countries. The authors describe an alternative training methodology, beginning with an analysis of the problems to be addressed and setting forth some fundamental factors and basic premises to be considered as a prior step in the planning and execution of training activities. The need to fit the training to the particular functions and characteristics of the various staff levels is stressed, with special emphasis on the desirability of building the training around actual jobs and adapting it to the specific nature and characteristics of service in the national context of each country.

It is important that this training be perceived as a continuous, ongoing process. With this in view, the authors suggest a number of ways of furthering the training of adults involved in the process, using these approaches as alternatives to the traditional modes, which are based on courses and seminars with a predetermined duration and accordingly create the impression that the education ends when the required number of hours and activities in the course have been completed.

The ideas and opinions expressed in this article are validated at the end by a preliminary report on an experiment begun by the Community Health Training Program of Central America and Panama (PASCCAP), a joint activity of the Ministries of Health of the six area countries, that serves as a training facility of the Pan American Health Organization. Subsequent phases of the process will be the subject of later reports.

CAPACITAÇÃO DE PESSOAL PARA A META DE SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000 E A ESTRATÉGIA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA *(Resumo)*

Na raiz das diversas resoluções tomadas a nível mundial e regional com relação a saúde, a capacitação do pessoal encarregado da execução das ações sanitárias se converteu num dos fatores mais importantes para o cumprimento dos compromissos assumidos pelos países. Nesse sentido, os autores expõem uma alternativa metodológica para essa capacitação, partindo de uma análise da problemática que se pretende enfrentar, e estabelecendo considerações básicas e premissas fundamentais a serem consideradas como um passo prévio ao planejamento e desenvolvimento de ações educativas. A necessidade de ajustar a capacitação às funções e características dos diversos níveis de pessoal é enfatizada e justificada nesse trabalho, que insiste na conveniência de se desenvolver a capacitação ao redor do desempenho real dos funcionários e da natureza e características concretas das atividades de serviço no contexto de cada país.

Também se destaca a importância de tomar consciência de que tal capacitação deve ser permanente e contínua, para tanto utilizando diversas modalidades de modo a promover a aprendizagem dos adultos envolvidos no processo, e a fim de descartar a forma tradicional de formação de pessoal baseada em cursos e seminários de duração preestabelecida, que cria a noção de que a educação finaliza quando se cumpre o horário e as atividades prefixadas.

Os conceitos e as opiniões apresentadas nesse trabalho se vêem corroboradas, ao final, por uma comunicação preliminar sobre uma experiência iniciada pelo Programa de Treinamento em Saúde Comunitária da América Central e Panamá (PASCCAP), organismo que agrupa os ministérios da saúde dos seis países da área, e que atuou como instrumento da Organização Pan-Americana da Saúde nessas atividades de capacitação de pessoal. As fases subseqüentes do processo iniciado serão objeto de divulgação posterior.

FORMATION DE PERSONNEL CONFORMÉMENT À L'OBJECTIF DE LA SANTÉ POUR TOUS EN L'AN 2000 ET À LA STRATÉGIE POUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES: PROPOSITIONS MÉTHODOLOGIQUES *(Résumé)*

A l'origine des différentes résolutions prises aux niveaux mondial et régional en ce qui concerne la santé, la formation de personnel chargé de l'exécution des mesures sanitaires s'est transformée en l'un des facteurs les plus importants pour l'exécution des engagements pris par les pays. C'est dans cet esprit que les auteurs exposent une option méthodologique pour cette formation, partant d'une analyse de la problématique à laquelle il faut faire face et établissant des considé-

rations de base et des prémisses fondamentales à considérer comme mesure préalable à la planification et au développement de l'éducation. Ils soulignent la nécessité d'adapter la formation aux fonctions et aux caractéristiques des différents niveaux de personnel, et ils font ressortir la nécessité de concevoir la formation en fonction du rôle réel des agents ainsi que de la nature et des caractéristiques concrètes de leurs activités dans le contexte national de chaque pays.

Ils soulignent également la nécessité de prendre conscience du fait que cette formation doit être permanente et continue, utilisant pour ce faire diverses modalités pour promouvoir l'apprentissage des adultes participant à ce processus, et écartant le mode traditionnel de formation de personnel au moyen de cours et de séminaires de durée pré-établie, qui crée la notion que l'éducation se termine une fois que le cours a suivi l'horaire et les activités prévues à l'avance.

Educ Méd Salud, Vol. 17, No. 1 (1983)

Reseñas

REUNION DEL COMITE ASESOR DEL PROGRAMA DE EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SALUD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

El Programa de Educación en Administración de Salud en América Latina y el Caribe (PROASA), iniciado en marzo de 1980 con financiamiento especial de la Fundación W.K. Kellogg, ha venido prestando colaboración técnica en materia de educación a las escuelas de salud pública, medicina y administración de los países de la Región. En la reunión del Comité Asesor del PROASA celebrada del 3 al 6 de noviembre de 1982 en Washington, D.C., se analizaron varios aspectos esenciales del Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000 y la forma de establecer una estrecha relación entre la finalidad del mismo y las estrategias de los PROASA. Fueron también objeto de detallada discusión las actividades del Programa destinadas a mejorar el proceso de educación en administración de salud y el contenido de los cursos respectivos a fin de aprovechar los recursos humanos en ese campo, crear mecanismos eficaces de comunicación y difusión de información que permitan establecer vinculaciones entre programas afines, estimular la investigación aplicada a servicios de salud como parte de la enseñanza y establecer nuevos programas de administración de salud en los países carentes de medios de capacitación en ese campo.

En materia de educación se procedió a apoyar 58 cursos regulares de perfeccionamiento en administración de salud destinados al cuerpo docente en un total de 35 instituciones de 14 países de la Región, a saber, Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Jamaica, México, Perú, Puerto Rico, la República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Se celebraron reuniones de trabajo en Costa Rica, Brasil, Barbados, Venezuela y Chile para intercambiar ideas sobre los distintos programas educativos regionales, establecer un plan educativo básico para los programas correspondientes, seleccionar bibliografías recomendables al personal docente y a los administradores de salud, sentar la base para un programa de educación continua en salud y preparar informes sobre las reuniones de trabajo para distribución a todos los programas regionales. Revistieron también particular importancia la preparación de libros de texto y la concesión de becas de estudios de administración hospitalaria y sanitaria.

El empeño por mejorar los sistemas de comunicación e información comprendió la revisión, actualización y edición del *Directorio de programas regulares de educación en administración en América Latina y el Caribe,* la publicación periódica de noti-

cias e información sobre la marcha de las actividades de las redes del Programa, la preparación de listas de material de enseñanza y el fomento del intercambio de información.

Las actividades de estímulo a la investigación aplicada a servicios de salud se centraron en el establecimiento de contactos con instituciones e investigadores, instándoles a presentar solicitudes de becas para apoyar estudios sobre administración/planificación de servicios de salud.

La actuación de la OPS en los diferentes países ha dado origen a consorcios de instituciones o programas de educación en administración de servicios de salud en Brasil, la República Dominicana y Colombia. Están en fase de propuesta los programas de Perú, México, Argentina, Chile, Venezuela, Costa Rica y Uruguay. Por medio de esta red multinacional de programas será posible realizar actividades afines en conjunto con las instituciones docentes tradicionales.

El Comité formuló recomendaciones específicas para las principales actividades del Programa. Seguidamente se resumen los distintos puntos tratados en la Reunión.

Reseña de actividades

Programas regulares de educación en administración de salud. En la actualidad se dictan 58 cursos de administración de salud distribuidos en 40 programas regulares en los siguientes países de América Latina y el Caribe:

Argentina	2	Jamaica	1
Brasil	8	México	10
Colombia	6	Perú	2
Costa Rica	1	Puerto Rico	1
Cuba	1	República Dominicana	2
Chile	1	Uruguay	1
Ecuador	1	Venezuela	3

El número de personas egresadas de esos cursos regulares es de 910 aproximadamente, para un mercado de trabajo que cuenta con cerca de 75.000 servicios públicos y privados (centros de salud, hospitales comunitarios y especializados, etc.). Se desconoce, sin embargo, el número de plazas existentes en los ministerios de salud y seguridad social y en otros organismos públicos y privados que absorben esa mano de obra especializada en las distintas clases de trabajo conducente al logro de la meta de salud para todos.

La distribución de los cursos según los centros de enseñanza aparece en el cuadro 1.

En la mayoría de los cursos la carga horaria es de 500 a 1.000 horas o más, con régimen de tiempo completo de estudios en 44 cursos, de los cuales 15 ofrecen alguna modalidad de residencia o de adiestramiento en servicio; 16 exigen tesis y 31, monografías (trabajos teórico-prácticos preparado por el alumno durante el curso).

Cuadro 1. Distribución de cursos por centros de enseñanza.

Centros	No. de cursos	Porcentaje
Escuelas de salud pública	24	41,3
Escuelas de medicina	9	15,5
Escuelas de administración	8	13,7
Asistencia hospitalaria	2	3,4
Otros hospitales universitarios, facultades de administración de hospitales, facultades interdiciplinarias, centros educacionales, facultades de ingeniería, seguridad social	25	25,8

La carga horaria de los cursos es la siguiente:

Cursos	Horas			
	50-100	100-150	500-1000	1000 +
Número	3	11	18	26
Porcentaje	5,1	18,9	31	44,8

En 21 cursos (36,2%) se confiere título universitario y en 26 (44,8%), certificado. La relación existente entre el número de profesores que trabajan de tiempo completo y los cursos dictados es la siguiente:

1 - 5 profesores	19 cursos	(32,7%)
5 - 10 profesores	7 cursos	(12,0%)
+ 10 profesores	17 cursos	(29,3%)
Sin información	15 cursos	(25,8%)

El criterio común a los programas estuvo constituido por la inclusión de la materia "Administración", independientemente de denominaciones regionales, en las disciplinas o asignaturas ofrecidas. Ello dio origen a la tendencia que se explica en el cuadro 2.

Reuniones de trabajo orientadas hacia la educación. Con el fin de intercambiar ideas sobre los distintos programas educativos regionales, establecer un plan educativo básico para los programas correspondientes, seleccionar bibliografías recomendables al personal docente y a los administradores de salud, sentar la base para un programa de educación continua en salud y preparar informes sobre las reuniones de trabajo para distribución a todos los programas regionales, se celebraron los siguientes seminarios/talleres:

- Teoría y comportamiento organizacional (San José, Costa Rica)
- Evaluación y planificación de servicios de salud (Bridgetown, Barbados)
- Economía, finanzas y control de costos (Brasília, Brasil)
- Enseñanza de la epidemiología para administradores (Santiago, Chile)

Cuadro 2. Tendencias de los cursos de acuerdo con las disciplinas ofrecidas.

Materias	Número de cursos	Porcentaje
Materias orientadas hacia salud pública (administración, complementada por ejemplo, con laboratorio de salud pública o vigilancia epidemiológica)	19	32,7
Materias orientadas hacia aspectos intra-hospitalarios (administración, complementada por ejemplo, con servicio técnico hospitalario, servicio/apoyo clínico hospitalario, etc.)	16	27,5
Materias orientadas hacia administración pública o empresarial (por ejemplo, economía, teoría de organizaciones, etc.)	21	36,2
Materias orientadas hacia sociología médica (administración, complementada por ejemplo, con teoría sociológica, epidemiología social, etc.)	2	3,4

- Investigaciones de operaciones y análisis de sistemas (Caracas, Venezuela)
- Administración estratégica (Rio de Janeiro, Brasil)

En esas reuniones se determinó la clase de recursos humanos a formar, el grado de conocimientos necesarios y la duración de la capacitación. Al concluir cada reunión se distribuyó un formulario con el objeto de determinar la medida en que se lograron los objetivos, la contribución de la metodología aplicada a ese respecto, la conformidad de las recomendaciones finales con las expectativas de los participantes, los efectos de la coordinación de la reunión en el resultado de los trabajos y la representatividad del grupo de participantes.

Preparación de libros de texto. El programa de libros de texto, iniciado hace 12 años con apoyo financiero del BID, estuvo orientado en su primera etapa hacia el suministro de los mismos a bajo costo a estudiantes de medicina. Posteriormente se amplió para incluir el sector de enfermería. La segunda etapa se inició con una nueva gestión ante el BID para conseguir una suma de US$5.000.000 que se empleará para dar continuidad al programa de traducción de textos y para producir localmente material bibliográfico por medio de un mecanismo de cooperación técnica.

Ya se han preparado cinco antologías sobre temas de educación en administración de servicios de salud que se proyecta imprimir y distribuir en 1983.

Becas. En 1981 la OPS concedió un total de 77 becas, 18 en administración hospitalaria y 59 en administración de salud. En 1982 concedió 16 y 66 respectivamente, para un total de 82. La distribución porcentual de becas por países fue la siguiente:

1981		1982	
México	28,5%	México	27,8%
Colombia	16,8%	Colombia	24,0%
E.U.A.	14,2%	Brasil	11,3%
Puerto Rico	14,2%	E.U.A.	10,1%
Brasil	6,4%	Chile	6,3%
Chile	6,4%	Bélgica	5,0%
Cuba	2,5%	Diversos países	3,7%
Ecuador	3,8%	Inglaterra	2,5%
Inglaterra	2,5%	Jamaica	2,5%
Perú	2,5%	Guatemala	2,5%
Nicaragua	1,2%	URSS	1,2%
		Venezuela	1,2%
		Perú	1,2%

Publicaciones y fomento del intercambio de información. En 1982 se publicó una nueva edición revisada y actualizada del *Directorio de programas regulares de educación en administración en América Latina y el Caribe,* que constituye la primera tentativa de presentar un directorio de personal docente en la Región. El *Directorio* es el fruto del trabajo emprendido por el PROASA en los últimos años a fin de identificar instituciones para la formación de personal en ese campo y de llegar a conocer sus objetivos, planes de estudio, capacidad e idoneidad docentes, etc.

Con los reimpresos de las actividades del Programa que aparecen en *Educación Médica y Salud* se inició la publicación de un boletín de noticias del que se distribuyeron 300 ejemplares al personal docente y a los directores de instituciones comprendidas en el Programa OPS/Kellogg. El boletín se publica cuatro veces al año.

En la actualidad se utiliza el sistema de computadores Wang para enviar a los docentes e instituciones participantes, información relativa a reuniones de trabajo, becas para investigación, distintos aspectos de los programas correspondientes y otra información de índole general. En 1981 y 1982, 38 instituciones de 12 países participaron en actividades de intercambio de información.

Preparación de listas de material didáctico. Para efectos de identificación, recuperación, clasificación, preparación de resúmenes y difusión de materiales de enseñanza, se contrataron especialistas de instituciones latinoamericanas (Escuela de Salud Pública de Medellín, Instituto de Estudios Superiores de Administración de Caracas, Escuelas de Administración de la Fundación Getulio Vargas de São Paulo y Rio de Janeiro) y de otras regiones, por ejemplo, el Departamento de Medicina Comunitaria de la Universidad Case Western Reserve y la Escuela de Higiene y Enfermedades Tropicales de Londres; el Instituto de Investigaciones Sociales y Económicas de la Universidad de York, Inglaterra; la Escuela de Salud Pública de Chapel Hill, Carolina del Norte, E.U.A. y la Universidad de las Indias Occidentales en Jamaica. En colaboración con más de 50 especialistas en la materia, los consultores procedieron a seleccionar los mejores artículos en las disciplinas correspondientes y a preparar antologías que se distribuirán posteriormente a profesores y estudiantes de América Latina. Este material representa

cerca de 1.200 resúmenes de trabajos publicados y aplicables a la realidad de la Región.

Apoyo a la investigación sobre servicios de salud. En la reunión del Comité Asesor celebrada en Rio de Janeiro en 1981 se recomendó acelerar la investigación aplicada en las escuelas de administración y educación sanitarias. Con el fin de promover y facilitar esa actividad, el PROASA remitió cartas circulares a instituciones e investigadores del sector instándoles a presentar solicitudes de becas de investigación aplicada a 10 temas relativos a la administración/planificación de servicios de salud (véase el Anexo 1).

Recomendaciones

Desde el punto de vista general del cumplimiento con las metas del Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000 y de las políticas y los problemas de salud existentes en la Región, el Comité recomendó establecer una estrecha relación entre la estrategia global del Plan de Acción y la estrategia de los PROASA en los distintos países.

Las recomendaciones específicas para las distintas actividades emprendidas se citan a continuación.

Programas regulares de educación en administración de salud. Teniendo en cuenta la política de la OPS en materia de educación en administración de salud, el Comité recomendó fomentar el desarrollo de programas en tres niveles de actuación, a saber:

1. Sistemas de salud
   - Administración de atención primaria
   - Administración de hospitales comunitarios
   - Administración de hospitales especializados
2. Sectores funcionales de adiestramiento
   - Administración de personal
   - Administración de recursos físicos y mantenimiento
   - Administración de suministros
   - Administración financiera
   - Administración de sistemas gerenciales de información
3. Cometidos de cooperación
   - Educación en administración de sistemas
   - Investigación sobre administración de salud
   - Publicación y difusión de informes sobre administración

Preparación de libros de texto. Al considerar el Programa de Libros de Texto de la OPS y la serie "Cuadernos de Administración", el Comité señaló que podría surgir un problema en este campo en lo que respecta al mercado, en particular si los libros se destinan exclusivamente a estudiantes de los programas de administración de salud. Las soluciones consistirían en ampliar su distribución a todos

los estudiantes de ciencias de la salud, estudiar la posibilidad de reemplazar el libro de texto por material de antología, establecer una biblioteca mínima para los programas de administración de salud, facilitar el material al personal de servicio y editar una revista latinoamericana de administración en salud, como medio de llegar a un gran número de personas.

Becas. Habida cuenta de la política de la OPS en materia de becas, el Comité recomendó lo siguiente:

- Asignar a otros organismos gubernamentales distintos del Ministerio de Salud la responsabilidad de seleccionar candidatos para becas por intermedio de sus oficinas de asuntos internacionales, basándose en un orden de prioridad previamente establecido.
- Promover la búsqueda de mecanismos para incrementar el número de becas en el sector de administración de salud.
- Instar a la Organización a suministrar mayor información sobre los programas de becas, haciendo conocer el Directorio de Programas Regulares y prestando atención a los programas regionales prioritarios.
- Retener en la Oficina Central un cierto número de becas destinadas a actividades regionales de desarrollo.
- Estimular la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento para el programa.
- Recomendar al Fondo de Desarrollo Panamericano que asigne prioridad a la adjudicación de fondos para becas.
- Evaluar la productividad del programa de becas en términos de la importancia de la experiencia adquirida en el exterior para personas que de ordinario carecen de formación previa en el campo.
- Programar cursos especiales que ofrezcan un buen potencial de productividad a los participantes, por ejemplo, cursos de administración de programas de atención primaria de salud.
- Instar a los distintos países a revisar la política de becas basándose en el orden de prioridad nacional bajo la orientación de la OPS.
- Explorar la posibilidad de usar las becas de la OPS dentro de los propios países, lo que en la actualidad sucede solo excepcionalmente.
- Identificar programas de colaboración de la OPS con los países para definir los criterios del programa de becas a fin de prestar particular atención a las zonas en que existen programas de colaboración y cooperación técnica interpaíses.

Proyectos específicos de investigación. Teniendo en cuenta el reducido número de investigaciones sobre administración de servicios de salud, el Comité recomendó lo siguiente para estimular la ejecución de proyectos en ese campo: realización de jornadas y reuniones sobre el tema; edición de revistas especializadas y otras publicaciones, y promoción de cursos de administración de investigaciones.

Asuntos varios. El Comité expresó preocupación por los posibles obstáculos a la continuidad del Programa en el futuro y recomendó apoyar el esfuerzo de la OPS y de la Fundación W.K. Kellogg, mediante la promoción nacional de los programas de administración en salud, con la participación de los ministerios de salud y de otras instituciones interesadas.

Con el objeto de resolver el problema de la distribución del material bibliográfico producido en los países, el Comité recomendó promover la extensión

regional de BIREME y estimular el intercambio entre los países participantes en el Programa, con la colaboración de la OPS.

Conclusiones

El Comité aprobó la ejecución de las siguientes actividades programadas para 1983:

1. Taller sobre fortalecimiento de la enseñanza de administración en cursos de enfermería. Discusión de libros de texto, contenido del plan de estudios, material y técnicas de enseñanza.
2. Taller sobre fortalecimiento de la enseñanza de administración en cursos de medicina (departamentos de medicina preventiva o social). Discusión de libros de texto, contenido del plan de estudios, material y técnicas de enseñanza.
3. Reunión de evaluación de los cursos de administración de servicios de salud (inclusive de hospitales de América Latina y el Caribe).
4. Reunión anual del Comité Asesor.
5. Preparación de módulos didácticos de administración de servicios de salud orientados hacia la atención primaria de salud.
6. Cooperación técnica en los 58 cursos de la Región.
7. Actualización del Directorio de Programas.
8. Elaboración de un catálogo de materiales de enseñanza.
9. Establecimiento de un sistema permanente de referencias bibliográficas.
10. Publicación de antologías.
11. Estímulo al desarrollo de proyectos institucionales de investigación.

Anexo 1

Temas de investigación aplicada

1. Análisis comparado de sistemas de servicios de salud, considerando sus condiciones histórico-estructurales y las tendencias del desarrollo sectorial y de los sistemas socioeconómicos.
2. Reorganización de los sistemas de servicios de salud; organización de la descentralización con integración de las responsabilidades de salud en las administraciones locales y participación de la comunidad; unidades administrativas mínimas para lograr eficiencia en el uso de recursos.
3. Función de la seguridad social en la prestación de servicios de salud; programas interinstitucionales orientados a la extensión de la cobertura.
4. Análisis y evaluación de los procesos de planificación y extensión de la cobertura, especialmente en relación con:
   a) recursos,
   b) aumento de la eficiencia,
   c) participación de la comunidad,
   d) tecnologías apropiadas y
   e) articulación intersectorial.
5. Estudios de opinión y expectativas de la población; estudios de demanda, acceso, utilización de servicios, satisfacción e impacto; el impacto de la investigación biomédica en el mejoramiento de problemas nacionales de salud.

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

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

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

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

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

Anexo 2

Miembros del Comité Asesor

Dr. Ernani Braga (Presidente), Escuela Nacional de Salud Pública, Brasil
Dr. Gary Filerman, Presidente, Asociación de Programas Universitarios de Administración de Salud, (AUPHA), E.U.A.
Dr. Ernesto Medina, Escuela de Salud Pública, Chile
Dr. Silvano Raia, Escuela de Medicina, Universidad de São Paulo, Brasil
Dr. Homero Silva (Relator), Universidad Cayetano, Heredia, Perú

Organización Panamericana de la Salud

Dr. George Alleyne, Jefe, Unidad de Promoción y Coordinación de Investigación, División de Recursos Humanos e Investigación, Washington, D.C.
Sr. Gerard Etienne, Asesor Regional en Tecnología Educacional, División de Recursos Humanos e Investigación, Washington, D.C.
Dr. José Roberto Ferreira, Jefe, División de Recursos Humanos e Investigación, Washington, D.C.
Lic. Maricel Manfredi, Asesora Regional de Educación en Enfermería, División de Recursos Humanos e Investigación, Washington, D.C.
Dr. Humberto de Moraes Novaes, Asesor Regional y Coordinador del Programa OPS/Kellogg de Educación en Administración de Servicios de Salud, División de Recursos Humanos e Investigación, Washington, D.C.
Dr. Luis Carlos Ochoa, Gerente de Operaciones, Washington, D.C.
Ing. Jorge Peña Mohr, Asesor Regional en Administración Institucional, División de Servicios Integrados de Salud, Washington, D.C.
Dr. José Romero Teruel, Jefe, Unidad de Servicios de Investigación y Becas, División de Recursos Humanos e Investigación, Washington, D.C.
Dr. Carlos A. Vidal, Jefe, Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, División de Recursos Humanos e Investigación, Washington, D.C.

Noticias

TOMA POSESION DEL CARGO DE DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA EL DR. CARLYLE GUERRA DE MACEDO

En una solemne ceremonia celebrada en el salón de conferencias de la sede de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C., el 31 de enero de 1983, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo tomó posesión del cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

El acto fue presidido por el Dr. Gaspar García de Paredes, Presidente de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana y Ministro de Salud de Panamá, y asistieron a él miembros del Cuerpo Diplomático, representantes de los Gobiernos Miembros de la OPS y todos los funcionarios de la Organización.

El Dr. Guerra de Macedo, natural del Brasil, fue elegido el 22 de septiembre de 1982, durante la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, por un período de cuatro años a partir del 1 de febrero de 1983.

Ocuparon la Mesa de Honor, además del Dr. García de Paredes, la Lic. Lea Guido, Presidenta del Comité Ejecutivo de la OPS y Ministro de Salud Pública de Nicaragua; el Excmo. Sr. Alarico Silveira Junior, Embajador del Brasil ante la Organización de los Estados Americanos; el Dr. Assad Shoman, Ministro de Salud de Belice; el Dr. David Tejada de Rivero, Subdirector General de la Organización Mundial de la Salud; el Dr. Abraham Horwitz, Director Emérito de la OSP, y el Dr. Héctor R. Acuña, Director saliente de la Oficina.

Al abrirse el acto, el Dr. Tejada de Rivero, en representación del Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, rindió homenaje al Dr. Guerra de Macedo, así como al Dr. Horwitz y al Dr. Acuña, por la labor realizada durante sus respectivos mandatos como Directores de la OSP. Subrayó que en los próximos cuatro años, en los que el Dr. Guerra de Macedo estará al frente de la Oficina, se vivirán momentos muy críticos, pues habrá que dar impulso a la política adoptada por los Gobiernos y apoyada por la OMS y la OPS encaminada a lograr la meta social de salud para todos en el año 2000 mediante la aplicación de las estrate-

El Dr. David Tejada de Rivero, Subdirector General de la Organización Mundial de la Salud, hablando en representación del Dr. Halfdan T. Mahler, Director General de la OMS, en la ceremonia de inauguración del Dr. Carlyle Guerra de Macedo como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. (Foto: Julio Vizcarra Brenner/OPS).

gias establecidas con ese fin. Señaló asimismo que en vista de que ya ha comenzado la cuenta atrás, pues es muy corto el período que queda para llegar al 2000, es preciso que se realicen todos los esfuerzos posibles para alcanzar tan codiciada meta.

Acto seguido, el Dr. García de Paredes, en su calidad de Presidente de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, tomó juramento al nuevo Director. El Dr. Macedo pronunció las siguientes palabras:

> *"Yo, Carlyle Guerra de Macedo, prometo solemnemente ejercer con toda lealtad, discreción y conciencia las funciones que se me han confiado como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, desempeñar esas funciones y regular mi conducta guiado solamente por los intereses de la Organización, y no solicitar ni aceptar instrucciones, en lo que respecta al cumplimiento de mis deberes, de ningún gobierno ni de otra autoridad ajena a la Oficina".*

Al iniciar su discurso, el Director agradeció su presencia a los Representantes de los Gobiernos Miembros de la Organización, a los Embajadores y a todos los compañeros de la OSP. Reafirmó su compromiso con los Gobiernos de las Amé-

ricas en el sentido de dedicar todo su empeño a que la OPS se convierta en un instrumento más eficaz y más ágil para servir a los países y colaborar con ellos de manera que se pueda alcanzar la salud para todos los habitantes del Continente si es posible *antes del año 2000.*

A continuación rindió homenaje a sus predecesores, el Dr. Horwitz y el Dr. Acuña, que con tanto tesón habían dirigido la Oficina, así como al Dr. Tejada de Rivero, su colega y amigo.

Entre las numerosas ideas expuestas por el Director en su concreta y equilibrada alocución cabe destacar las siguientes.

El Dr. Guerra de Macedo subrayó la importancia de la salud como parte integrante del desarrollo y como componente esencial de la justicia, la paz y la libertad. Declaró tener plena conciencia de su responsabilidad en estos momentos tan críticos por los que atraviesan todos los países, no solo los de las Américas, especialmente los menos adelantados. La crisis económica y la escasez de recursos es simultánea con el aumento de los problemas, de las necesidades y de las

El Dr. Gaspar García de Paredes, Presidente de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana y Ministro de Salud de Panamá, toma juramento del cargo al Dr. Carlyle Guerra de Macedo. (Foto: Julio Vizcarra Brenner/OPS).

demandas, por el proceso de transformación social en curso y la inmensa deuda social que nuestras sociedades han acumulado con sus poblaciones, en que la salud es parte muy importante. Teniendo en cuenta que en el mundo de hoy las situaciones cambian casi a diario, planteando nuevos desafíos que hay que enfrentar, no bastará con formular propuestas sino que habrá que actuar de forma concreta y decidida para resolver los obstáculos que se presentan a cada paso. La acción práctica parece ser mucho más difícil que los discursos; transformar en acciones concretas las propuestas es mucho más difícil que formularlas: pero es esto lo que realmente importa.

Seguidamente señaló una serie de requisitos en los que se propone basar la acción de la Organización durante su mandato, a saber:

- Transformación interna de la Secretaría de la Organización, para hacerla más eficiente en su colaboración con los Gobiernos.
- Incremento de la capacidad de producción y mejor utilización de los recursos humanos disponibles.
- Revisión de las relaciones con los países para que las acciones de la Organización sean en verdad utilizadas en beneficio de ellos.
- Intensificación de las relaciones con otras organizaciones de cooperación que forman parte de la constelación de las Naciones Unidas a fin de mejorar la coordinación de los esfuerzos, especialmente con la OMS, de la que la OPS es también parte.
- Trabajo más de cerca con instituciones nacionales que desempeñan una función importante en el mejoramiento del bienestar de los países, incluso las no gubernamentales, como asociaciones científicas y gremiales, centros de investigación y universidades.

Todo eso estará orientado a que la Organización tenga la excelencia técnica necesaria para el cumplimiento de su misión.

Destacó que excelencia técnica es también *saber ser,* además de *saber hacer;* que es asimismo, la capacidad de aplicar los conocimientos tecnológicos en determinados campos, teniendo siempre presente los disímiles contextos de los países. Para ello una de las funciones más importantes de la Organización es la de administrar el conocimiento, pero en forma crítica y eficiente. Esto involucra la capacidad de estimular la movilización de los recursos nacionales para que los países se ayuden a sí mismos y entre sí y el coraje de establecer prioridades.

Por último, resaltó que la responsabilidad que asumiría como Director no era una responsabilidad solo suya. La compartía con los países y con los Cuerpos Directivos de la Organización, responsables primeros de todo, y en el ámbito de la Secretaría, la compartía con todo el personal, cuya participación, capacidad y dedicación definirán el éxito o el fracaso de sus esfuerzos. Juntos Gobiernos y Organización podrán hacer más por la construcción de un futuro mejor para las poblaciones con quienes, al final, todos deben estar realmente comprometidos.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CIENCIA DE SISTEMAS APLICADA A LOS SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA E IMPEDIDAS

Motivado por el creciente número de personas de edad avanzada en todo el mundo y la consecuente demanda de servicios sociales y de salud para ese grupo de la población, el International Institute for Systems Science in Health Care anuncia la celebración en Montreal, Quebec, Canadá, del 10 al 16 de julio de 1983, de la primera Conferencia Internacional sobre Ciencia de Sistemas Aplicada a Servicios Sociales y de Salud para Personas de Edad Avanzada e Impedidas. El evento está siendo organizado por el Equipo de Investigación Operativa en Salud (EROS), el Departamento de Administración de Salud, la Facultad de Medicina de la Universidad de Montreal y el Instituto Nacional de Matemática Aplicada, con el apoyo del Ministerio de Servicios Sociales de Quebec, el Fondo de Investigación en Salud de Quebec y la Universidad de Montreal, y es auspiciado por 21 organismos internacionales.

La Conferencia, de carácter interdisciplinario, tiene por objeto evaluar la calidad, cantidad y variedad de los servicios sociales y de salud que se proporcionan a ese grupo de la población. Se presentarán 300 trabajos en 40 sesiones (en inglés y francés), por expertos de diversos países en las disciplinas de gerontología, rehabilitación, medicina, enfermería, servicios sociales, epidemiología, bioestadística, salud pública, sociología, etnología, demografía, ciencias políticas, bioética, psicología, economía, investigaciones operativas, administración, cibernética, informática e ingeniería matemática. Los temas se agrupan en las categorías siguientes: evaluación de la demanda y la oferta, asuntos de gestión administrativa, programas/servicios, temas sociales y sesiones de interés especial.

El derecho de admisión es de CAN $325 y los interesados deben enviar giro bancario, giro postal o cheque de un banco canadiense, pagadero a INSA-SYSTED 83. La matrícula está limitada a 800 personas, que se elegirán en el orden en que se reciban las solicitudes. Para más información diríjase a: SYSTED 83 c/o EROS, 3535 Queen Mary, Suite 501, Montreal, Canadá H3V 1H8.

La Tercera Conferencia sobre Ciencia de Sistemas Aplicada a la Atención de Salud se celebrará en Munich, República Federal de Alemania, en julio de 1984. Para obtener información con anticipación suficiente para participar, diríjase a: Dr. W. van Eimeren, Conference Organizer and Steering Committee Chairman, Director, MEDIS Institut, Ingolstadter Landstrasse 1, D-8042 Neuherberg, Munich, República Federal de Alemania. También puede dirigirse a: Dr. C. Flagle, Program Committee Chairman, Professor and Head, Division of O.R., Department of Health Services Administration, Johns Hopkins University, 615 North Wolfe St., Baltimore, Maryland 21205, E.U.A.

CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL DE INFORMATICA EN MEDICINA

La Asociación para el Procesamiento de Información en Medicina y Biología está organizando la Cuarta Conferencia Mundial de Informática en Medicina (MEDINFO 83) que tendrá lugar en Amsterdam, Holanda, del 22 al 27 de agosto de 1983. Patrocinada por la OMS con el apoyo de la Federación Europea de Informática en Medicina y la Sociedad de Informática en Medicina de Bélgica, esta conferencia está dirigida no solo a científicos en informática de salud y especialistas en materia de computación en medicina, sino a administradores de salud pública y de hospitales, médicos y personal de salud afin, representantes de la industria de la computación y la informática y consultores en el campo de atención de la salud.

Se tratarán temas como los siguientes: sistemas de información sanitaria en hospitales, sistemas de laboratorios clínicos, sistemas de departamentos clínicos, técnicas imaginistas (medicina nuclear, ultrasonografía, tomografía, radiografía por sustracción digital, etc.), atención ambulatoria, enfermería, sistemas de información sobre medicamentos, gerencia y finanzas, observación del paciente/cuidado intensivo, elementos de apoyo para el diagnóstico y otros.

Todas las actividades se llevarán a cabo en inglés, en el Centro de Congresos y Exposiciones de Amsterdam.

Para más información diríjase a: The Secretary of the Organizing Committee, MEDINFO 83, c/o IMIA Secretariat, Paulus Potterstraat 40, NL-1071DB, Amsterdam, Países Bajos.

REUNION REGIONAL DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

La Asociación Internacional de Epidemiología (IEA) celebrará del 3 al 6 de octubre de 1983 una reunión regional organizada por la sección de medicina comunitaria y del trabajo de la Academia de Medicina de Singapur, lugar donde se realizará la reunión.

La IEA, que fue creada con el fin de promover el estudio y la práctica de la epidemiología a nivel mundial, publica el *International Journal of Epidemiology* así como monografías pertinentes a la enseñanza y aplicación práctica de esa disciplina, y mantiene una estrecha vinculación con la OMS a través de la Sede y de las Oficinas Regionales.

El tema elegido para la reunión de 1983 es nuevas tendencias en salud y enfermedad y abarca cuatro subtemas relacionados con las enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, salud ambiental y medicina social y la prestación de servicios de atención de salud. El programa general incluirá sesiones plenarias, reuniones informales, discusiones de mesa redonda y talleres. En las

plenarias se actualizarán los aspectos de control de la malaria, inmunización y atención primaria de salud.

Para recibir más información, los interesados deben escribir—indicando su nombre, dirección, título y afiliación profesional, y en caso que deseen presentar alguna ponencia, indicar también el tema de esta—a: IEA Regional Meeting, c/o Academy of Medicine, Singapore, 4-A College Road, Singapore 0316, República de Singapur.

CURSO DE POSGRADO EN ECONOMIA SANITARIA

El Departamento de Economía y Estudios Afines de la Universidad de York, Inglaterra, ofrece anualmente un curso de posgrado de un año de duración en economía sanitaria. El curso procura mejorar la competencia del generalista en economía, familiarizándolo con la literatura del ramo de servicios sociales personales y de salud, para que pueda relacionarse de manera informada y actualizada con otros profesionales del mismo campo de interés e iniciar trabajos de investigación a nivel de la comunidad.

El curso comprende dos fases: la primera incluye estudios en matemáticas y econometría (relaciones entre la teoría económica, las matemáticas y la econometría); teoría económica (microeconomía y macroeconomía); economía sanitaria (oferta y demanda en la atención de salud), y aspectos de sociología médica, epidemiología, investigación clínica y evaluación. Estas asignaturas abarcan tres períodos académicos, el tercero de los cuales constituye la segunda fase en que los estudiantes presentan exámenes en cada asignatura. Una vez pasados los exámenes, los estudiantes que no sean de nacionalidad británica prepararán una disertación sobre un tema previamente aprobado del campo de economía sanitaria. Ya cumplido este requisito, serán elegibles para recibirse de magister en ciencia.

Los estudiantes que se han desempeñado con éxito podrán matricularse para estudios posteriores (un año de estudios y tesis para el título de magister en filosofía o dos años de estudios y tesis para el de doctor en filosofía). Todos los graduandos tienen derecho a solicitar becas de la Corporación Smith Kline.

El Departamento ofrece también un curso de un año que califica para un Certificado en Economía. Este curso ha sido diseñado para diplomados que necesitan mejorar sus conocimientos de teoría económica, matemáticas, estadística o econometría, antes de entrar al programa de posgrado normalizado.

Los estudiantes de posgrado tienen acceso al Instituto de Investigación Social y Económica, cuya facultad participa en los cursos de enseñanza avanzada. Tanto el Departamento de Economía de la Universidad de York como ese Instituto mantienen estrechas relaciones con otras universidades de Europa y América del Norte, con las cuales efectúan intercambios de profesores y estudiantes.

Para información sobre el nivel de formación requerido para admisión al curso y formularios de matrícula, diríjase a: The Graduate Office, University of York,

Heslington, York Y01 5DD, Inglaterra. También pueden obtenerse datos informales sobre el contenido de los cursos, de: Alan Maynard, Department of Economics and Related Studies, en la misma dirección.

ACTIVIDADES DE ADIESTRAMIENTO E INVESTIGACION EN PASCCAP

Curso centroamericano sobre la meta de salud para todos en el año 2000 (desarrollo de recursos humanos) en Panamá

El Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centroamérica y Panamá (PASCCAP) inició en 1981 un programa de capacitación de personal de los ministerios de salud de los países centroamericanos, así como también de las universidades, en relación con los distintos aspectos de la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria. Los dos primeros cursos tuvieron lugar en Nicoya, Costa Rica, y San Pedro Sula, Honduras, sobre los cuales se informó en esta revista (véase Vol. 16(1) de 1982). Con el tercer curso de esta serie, se empezó a aplicar un nuevo enfoque en la formación de personal en este campo que es el relativo a la aplicación operativa de los distintos componentes de la estrategia, según los lineamientos contenidos en el Plan de Acción para la instrumentación de las metas regionales. El curso trató sobre el desarrollo de recursos humanos y tuvo lugar en David, Provincia de Chiriquí, Panamá, y para el mismo se contó con la amplia colaboración del Ministerio de Salud y del Sistema Integrado de Salud de Chiriquí. Se organizó a manera de curso-taller, y además de actividades formales de aprendizaje incluyó la elaboración de guías para buscar alternativas que permitan poner en operación los distintos elementos del desarrollo de recursos humanos. Se presentó la problemática de este componente como un todo unitario y coherente, que comprende desde la formulación de una política de recursos humanos hasta los aspectos de su utilización, pasando por las etapas de planificación, sistemas de información y registro, uso de métodos no convencionales de capacitación, capacitación en áreas prioritarias, integración con la investigación educacional y de servicios, y con supervisión y educación continua.

Las situaciones de aprendizaje se centraron en la observación directa de situaciones concretas y modelos panameños de atención en comunidades indígenas de Chiriquí, así como en la demostración de los métodos utilizados en Panamá para la elaboración de un sistema de información y la capacitación de personal comunitario. Los participantes tuvieron la oportunidad de analizar conjuntamente con los equipos de salud de Chiriquí la integración de la comunidad a la búsqueda de soluciones para los problemas prioritarios en salud, la articulación intersectorial y el uso de tecnologías apropiadas y de bajo costo.

Además de alcanzar totalmente los objetivos establecidos para el curso, el grupo de participantes formuló una serie de lineamientos y recomendaciones para los gobiernos del área centroamericana en los siguientes aspectos:

- Formulación de una política de recursos humanos coherentes con las estrategias nacionales de salud
- Alternativas para la búsqueda de una metodología simplificada para la planificación de recursos humanos
- Mecanismos para la elaboración de un sistema de información sobre recursos humanos, por país y para el área centroamericana
- Continuación del apoyo para los trabajos de investigación educacional iniciados por PASCCAP y los países en agosto pasado, para identificar modalidades no convencionales de capacitación y de integración docencia-servicio.

El curso contó con 29 participantes, de los cuales nueve provenían de los restantes cinco países centroamericanos, y el resto del país sede. Se desarrolló con el apoyo de dos funcionarios de la División de Desarrollo de Recursos Humanos e Investigación de la OPS en Washington, D.C., dos de PASCCAP y cinco del Ministerio de Salud de Panamá. Mediante la colaboración de dicho Ministerio, se contó con las instalaciones del Hospital Rafael Hernández de la ciudad de David, y los servicios del Area de San Félix y de las comunidades indígenas de Chamí y Soloy, todos ubicados en la Provincia de Chiriquí, en el extremo oeste de Panamá.

Durante 1983, PASCCAP proyecta continuar brindando apoyo técnico a los grupos nacionales que deseen llevar a cabo las tareas iniciadas con este evento.

Taller nacional sobre la aplicación operativa del componente de desarrollo de recursos humanos en Honduras

Como parte de la segunda etapa del programa de adiestramiento de personal para la meta salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria se está llevando a cabo la capacitación de grupos nacionales, a cargo de los egresados de los cursos centroamericanos de 1981. Un taller sobre desarrollo de recursos humanos tuvo lugar en San Pedro Sula, Honduras, del 8 al 12 de noviembre de 1982, con la participación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Hondureño de Seguridad Social, la Universidad Autónoma de Honduras, el Consejo Superior de Planificación Económica, los colegios profesionales del área de la salud y otras instituciones de capacitación de personal.

El propósito del taller fue buscar mecanismos para poner en operación el componente de recursos humanos según los lineamientos establecidos en el Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales.

Durante los primeros cuatro días, los participantes se ocuparon de analizar documentos de las instituciones mencionadas, las dificultades que el país encara en el aspecto de formación de recursos humanos, y las necesidades y demandas

que establece el compromiso para el año 2000. Durante el último día, se presentaron ante el Ministro de Salud, el Rector de la Universidad, los decanos de las facultades del área de la salud, los presidentes de los colegios profesionales, el Director Ejecutivo del Consejo Superior de Planificación Económica y el Director del Instituto de Seguridad Social, diversas propuestas sobre el trabajo a realizar en 1983, entre las cuales se incluyen las siguientes:

- Coordinación de una Comisión Nacional de Recursos Humanos, y del Consejo Nacional de Salud, con todas las instituciones participantes en el Taller
- Conformación de pequeños grupos de trabajo en talleres de corta duración, para la realización de los siguientes cometidos:
  1) Formulación de una política nacional de recursos humanos
  2) Preparación de una metodología en planificación de recursos humanos para el logro de la meta del año 2000
  3) Diseño de un sistema de información sobre recursos humanos
  4) Preparación de modelos de capacitación en las áreas prioritarias establecidas por el Ministerio de Salud, en todos los niveles de personal
  5) Integración de las actividades de educación continua, supervisión e investigación educacional con incorporación de los resultados obtenidos por los grupos nacionales promovidos por PASCCAP.

El grupo participante solicitó la ayuda y cooperación de la OPS a través de sus representantes en Honduras, la División de Recursos Humanos e Investigación y PASCCAP. Las autoridades nacionales mencionadas dieron un respaldo total a las recomendaciones emanadas del taller, en base a las cuales se orientará la colaboración de PASCCAP con Honduras en 1983.

Programa de investigación educacional en PASCCAP

En enero de 1982, el Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centroamérica y Panamá (PASCCAP) inició la organización de un proyecto para promover la investigación en el área educacional en los países centroamericanos. La actividad responde a una serie de lineamientos e indicaciones contenidos en el Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales, destinados a encontrar mejores soluciones para los distintos problemas que se presentan en el componente de planificación, desarrollo y utilización del recurso humano.

El documento básico para el proyecto fue elaborado por un grupo de trabajo integrado por personal de la Universidad y del Ministerio de Salud de Honduras, y funcionarios de la OPS. A continuación se promovió la formación de grupos nacionales de investigación educacional mediante visitas de consultores a la mayoría de los países del área, para discutir el proyecto con las autoridades de

salud y otros funcionarios de los Ministerios de Salud de la subregión. Finalmente, se desarrolló un primer curso-taller sobre metodología de la investigación aplicada al área educacional (San Pedro Sula, Honduras, 3-13 de agosto de 1982).

En este evento participaron 12 funcionarios de la Universidad y el Ministerio de Salud de Honduras, cuatro de El Salvador, y tres de Guatemala, Nicaragua, Costa Rica y Panamá. El curso contó con nueve instructores procedentes de la Oficina Regional de la OPS y la Representación en el país, PASCCAP, la Universidad Autónoma de Honduras y el Ministerio de Salud del mismo país.

Las actividades de aprendizaje del curso se enfocaron hacia la elaboración de un protocolo de investigación sobre un proyecto seleccionado por cada país, según sus necesidades y prioridades en este campo. En torno a cada proyecto se desarrolló un proceso metodológico de investigación, desde la identificación del problema y formulación de un marco teórico, manejo de hipótesis, variables y tipos de estudios, hasta el diseño, prueba y aplicación de instrumentos. Los proyectos trabajados, y que los grupos se proponen realizar en sus países son los siguientes:

- Guatemala: Influencia de los mecanismos de supervisión en centros y puestos de salud en los servicios de comadrona adiestrada y promotor de salud a nivel de la comunidad.
- El Salvador: Análisis del desempeño del Inspector de Saneamiento Ambiental en los servicios de salud de acuerdo con las nuevas estrategias nacionales.
- Costa Rica: Relación entre perfil ocupacional y perfil educacional de la auxiliar de enfermería en los servicios de salud.
- Nicaragua: Correspondencia del perfil ocupacional con planes y programas de estudio de la auxiliar de enfermería.
- Panamá: Análisis ocupacional del Asistente de Salud en los servicios rurales.
- Honduras: 1) Perfil ocupacional que se requiere en los trabajadores comunitarios en las regiones sanitarias 1 y 2, para el cumplimiento de la meta de salud para todos en el año 2000. 2) Diseño de un modelo de integración docencia-servicio para médicos y enfermeras en la implementación de las estrategias nacionales.

Quedaron así conformados siete grupos nacionales centroamericanos, cada uno de los cuales tratará de ejecutar el proyecto seleccionado. El PASCCAP proveerá apoyo técnico a estos grupos, a solicitud de ellos, a través de un centro de referencia del programa ubicado en la Universidad de Honduras y coordinado por el Departamento de Enfermería de esa institución y la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Al finalizar la etapa de recolección de datos, y previo a la etapa de análisis y manejo de la información, el grupo participará en una segunda fase de su capacitación, centrada en el análisis estadístico y manejo de datos, en el primer semestre de 1983.

TALLER SOBRE PLANIFICACION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS PARA COORDINACION Y CONTROL DE PROGRAMAS DE ATENCION PRIMARIA EN COMUNIDADES RURALES

El desarrollo de sistemas de prestación de servicios de atención primaria a poblaciones rurales ha asumido una importancia crítica a nivel mundial. Respondiendo a la necesidad de adiestramiento en administración que se enfoque hacia las áreas de planificación, evaluación, coordinación y control de esos sistemas, el Departamento de Política de Salud y Administración de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte, en Chapel Hill, está organizando un taller, en su Instituto de Estudios Avanzados en Administración de Salud, sobre el tema "Planificación de sistemas administrativos para coordinación y control de programas".

El taller tendrá lugar del 3 al 23 de julio de 1983 en el Centro de Conferencias Quail Roost de Rougemont, Carolina del Norte. Incluirá conferencias, seminarios, discusión de casos y simulaciones que girarán alrededor de los problemas que se pueden presentar al proporcionar atención primaria a una comunidad rural, en cuanto a transporte, comunicaciones, insuficiencia de recursos, coordinación de organismos, adiestramiento, etc.

La primera parte del taller se concentrará en la función de la planificación administrativa, con énfasis en evaluación, programación y delineación de objetivos. Los participantes proyectarán un plan de acción para resolver una situación de salud simulada. La segunda parte involucrará coordinación y control en la ejecución del plan anteriormente diseñado. Se demostrarán los métodos más eficaces de administración financiera, sistemas de información, preparación de presupuestos y evaluación.

Puesto que el método principal de enseñanza en el taller será la solución de problemas en grupos pequeños y las facilidades de alojamiento son limitadas, el Instituto aceptará solamente a personas para quienes el adiestramiento en administración y atención primaria rural sea importante y apropiado. Los candidatos deben tener conocimientos adecuados de inglés, enviar información biográfica y recibir noticia de su aceptación antes de proceder con preparativos de viaje.

El costo de la matrícula es de US$1.450, más US$1.050 de dietas. Además, cada participante debe contar con US$5,00 diarios para gastos misceláneos y una suma adecuada para la compra de libros de texto sobre las materias tratadas. Las propuestas de candidatos por parte de organismos patrocinadores deben ser seguidas lo más pronto posible por una confirmación de provisión de fondos, cuya fecha límite es el 1 de mayo.

Para más información, diríjase a: Professor Robert A. Loddengaard, Department of Health Policy and Administration, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina 27514, E.U.A.

NOTICIAS DE EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD (PROGRAMA OPS/KELLOGG)

Función de la División de Administración para el Desarrollo de las Naciones Unidas

La División de Administración para el Desarrollo, que depende del Departamento de Cooperación Técnica para el Desarrollo de las Naciones Unidas y tiene su sede en Nueva York, desarrolla cuatro tipos básicos de actividades, las cuales son financiadas por el PNUD y por el presupuesto ordinario del Departamento:

- Apoyo a los programas de cooperación técnica en el campo de la administración y las finanzas públicas que se llevan a cabo en los países en desarrollo de Asia, Africa y América Latina.
- Trabajos de investigación sobre la problemática de la administración y finanzas públicas en los países en desarrollo.
- Realización de seminarios sobre nuevos conocimientos en el campo de la administración y las finanzas públicas, a fin de dar a conocer el avance de las disciplinas a los funcionarios de países en desarrollo.
- Publicación y distribución de los resultados de las investigaciones y de los documentos de los seminarios.

A través de estas actividades se pretende lograr que el sector público produzca los bienes, servicios y regulaciones que entrega a la comunidad en forma más eficiente y eficaz.

La mayor parte de las actividades que la División impulsa en América Latina han estado destinadas a dar apoyo a programas de formación y adiestramiento y al desarrollo institucional de los centros que pueden ofrecerlos. En ese sentido, ha colaborado con las Escuelas Superiores de Administración Pública de Colombia, Perú y Venezuela, y con los Institutos Nacionales de Administración Pública de Argentina, Bolivia y Guatemala, entre otras instituciones. Además, ha puesto especial énfasis en dar apoyo a Centros que pueden tener un efecto multiplicador en este campo; y en ese sentido ha prestado su concurso a los programas de maestría en administración del Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP) y del Centro de Investigación y Docencia Económica de México. El propósito principal es hacer posible que estos dos centros, junto con otras instituciones, como sería el caso de la Escuela Brasileña de Administración Pública (EBAP) de la Fundación Getulio Vargas, puedan formar una red de centros de excelencia en América Latina en el campo de la enseñanza de la administración pública. (La EBAP ya ofrece una maestría en administración de salud-PROASA.)

Por otra parte, la transferencia de tecnologías implica no solo la existencia de normas, sino su adaptación a las condiciones del sector público latinoamericano. En consecuencia, la División ha respaldado los programas de investigación del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) y también los programas de formación de investigadores de ese centro, puesto que

entre las funciones del CLAD se encuentran la producción y transferencia de tecnologías.

Para que la interacción de los diversos centros sea de beneficio general, la División se ha esforzado para establecer una red latinoamericana de información en administración y finanzas públicas; se espera que el ICAP y el CLAD se constituyan en puntos focales de esta red.

Taller sobre Epidemiología y Administración en Salud[1,2]

El Taller se realizó del 2 al 6 de agosto de 1982, en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, en Santiago. Tuvo por objeto discutir la enseñanza de la epidemiología en cursos de administración de salud. Además de profesores de dicha Escuela y personal del Servicio de Salud Pública de Chile, participaron en el Taller especialistas en la enseñanza de la epidemiología y en administración de salud procedentes de Argentina, Brasil, Colombia y la República Dominicana, así como funcionarios de la OPS.

Con anterioridad al Taller se preparó una bibliografía (107 artículos) sobre el tema, clasificada en cuatro categorías: políticas de salud, planificación, organización y evaluación. La colaboración de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia, fue fundamental en la elaboración de la bibliografía.

Los cursos de administración de salud tradicionalmente han incluido la epidemiología como disciplina básica para los administradores. Esta utilización de la epidemiología adquiere mayor importancia a medida que se fortalecen las funciones de administración de los diversos organismos e instituciones de salud. Sin embargo, las necesidades de los servicios de salud no se limitan a la administración eficiente de los sistemas de salud existentes, sino que incluyen también el estudio y la promoción del análisis administrativo, con criterio epidemiológico para lograr los cambios requeridos por una atención médica cada vez más compleja. Esto implica el poder responder a nuevas y mayores exigencias en el enfoque epidemiológico de la administración en salud.

Los participantes en el Taller consideraron que era importante propiciar la discusión sobre las actividades que deberán ponerse en marcha en el futuro en relación con la interacción de la epidemiología y la administración de servicios de salud. En ese sentido, se señaló la necesidad de considerar los recursos humanos que habrá que formar y los problemas que ellos habrán de enfrentar. Si bien habrá que continuar los esfuerzos para contar con profesionales de salud pública que sean generalistas e integradores, será preciso asimismo la formación de per-

[1]Tomado del *Boletín Epidemiológico de la OPS* 3(6):11-12, 1982.

[2]El Informe Final del Taller puede solicitarse al Programa de Educación en Administración de Servicios de Salud, División de Recursos Humanos e Investigación, OPS.

sonal más especializado, a nivel de doctorado, en materia de salud pública, epidemiología y administración de servicios de salud.

El método epidemiológico es aplicable al campo de la administración en el diagnóstico de la situación, la evaluación, la toma de decisiones y en el conocimiento de los factores de riesgo o de protección dentro del proceso que conduce a la salud o a la enfermedad. Sin embargo, especialmente en América Latina, es posible que en la enseñanza de estos temas no se haya hecho suficiente énfasis en la correlación de la epidemiología con la administración. La evaluación de la tecnología de la atención de la salud y el análisis de la economía de la salud, por ejemplo, deberán recibir en el futuro atención especial ya que representan, en buena medida, escenarios de integración multidisciplinaria en los cuales los elementos de metodología epidemiológica desempeñan un papel determinante. Por otra parte, una actividad importante en el futuro consistirá en lograr interesar a los epidemiólogos en proyectos de investigación de los servicios de salud. Es evidente el gran aporte que la epidemiología puede brindar al campo de la administración de salud si se aplica su metodología a la racionalización y uso adecuado de los recursos disponibles y a la evaluación de las estrategias utilizadas para alcanzar una mejor situación de salud.

Se formularon las siguientes recomendaciones:

- Estimular la enseñanza de la epidemiología orientada hacia su aplicación en las distintas etapas del proceso administrativo.
- Determinar las necesidades de adiestramiento en las diferentes modalidades de la epidemiología, con esta nueva orientación.
- Promover la configuración de grupos de trabajo de expertos en el campo de la epidemiología aplicada a la administración de los servicios, con el propósito de: elaborar programas detallados para cursos y seminarios-talleres para profesores e investigadores, material didáctico, ayudas audiovisuales y ejercicios para la enseñanza del tema, y organizar una planta de profesores que estén en condiciones de iniciar el proceso de educación continua de profesores e investigadores de América Latina.
- Estimular la realización de investigaciones que apliquen e integren la epidemiología a la administración de los servicios de salud.
- Intercambiar experiencias docentes e investigativas entre los diferentes países.
- Promover la relación docente-asistencial para la realización de proyectos conjuntos.
- Solicitar a la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud la inclusión en los INDEX de un capítulo sobre el tema de la epidemiología aplicada a la administración.
- Difundir ampliamente los documentos emanados de los seminarios, talleres y otras reuniones sobre el tema.

A continuación se presenta una selección de los 107 artículos de la bibliografía preparada para el Taller:

Acherson, R. M. La epidemiología en la evaluación y planificación de los servicios de salud. Centro Latinoamericano de Administración Médica, *Revista de Atención Médica* 2(3-4):97-125, diciembre de 1973/marzo de 1974.

Blanc, L. y M. Blanc. Los estudios sobre utilización y su interés para la planificación de la atención primaria de salud. *Foro Mundial de la Salud* 2(3):403-406, 1981.

Costanzo, G. A. e I. Vertinsly. Medición de la calidad de la atención de la salud—Una clasificación para orientar decisiones. OPS, Traducciones 48. Centro Latinoamericano de Administración Médica. Buenos Aires, Argentina, 1975.

Curiel, D., y cols. *Tendencias actuales en los estudios sobre morbilidad y mortalidad.* OMS, Cuadernos de Salud Pública No. 27, 1967.

Chorny, A. H., A. R. Lanza, J. M. Paganini, y S. M. Rossi. La epidemiología, la planificación, la necesidad de atención de la salud y los sistemas de información. Seminario de Epidemiología aplicada a la organización y evaluación de los servicios de atención de salud. *Revista de Atención Médica* 2(3-4):125-161, diciembre de 1973/marzo de 1974.

Densen, P. M. Epidemiologic contributions to health services research. *Am J Epidemiol* 104(4):478-488, 1976.

Echeverri, M. L., Torres de Galvis y F. Villegas. Diagnóstico epidemiológico como base para la atención de urgencias en Medellín, Colombia. Servicio de Epidemiología, Secretaría de Salud de Medellín, Colombia.

Gordis, L. Discussion of epidemiology contributions to health services research. *Am J Epidemiol* 104(4):489-492, 1976.

Grupo de Trabajo PRIDES sobre Atención Médica Ambulatoria. Servicios de atención médica ambulatoria: ¿Se usan en la forma apropiada? *Bol Of Sanit Panam* 90(5):388-406, 1981.

Hulka, B. S. Epidemiological applications to health services research. *J Community Health* 4(2):140-149, 1978.

Knox, E. G. Epidemiological approaches to planning. En *Epidemiology in Health Care Planning,* 110-135. (Editado para la International Epidemiological Association y la OMS.) New York-Toronto, Oxford University Press, 1979.

Mahler, H. Las estrategias epidemiológicas para la salud de un mundo cambiante. *Bol Of Sanit Panam* 84(2):95-103, 1978.

Medina, E. Usos de la epidemiología en la organización de la atención médica. En Fondo Educativo Interamericano, *Epidemiología.* Capítulo 15:186-193, 1981.

Morell, D. C. The epidemiological imperative for primary care. *Ann NY Acad Sci:* 2-10, 1978.

Neri, A. Infraestructura para el desarrollo de investigaciones aplicadas a servicios de salud. *Educ Méd Salud* 15(1):30-39, 1981.

Osuna, J. El concepto de riesgo en la atención maternoinfantil. En *Condiciones de salud del niño en las Américas.* Washington, D.C., OPS, Publicación Científica 381, 1979, págs. 89-95.

Stallones, R. A. To advance epidemiology. *Ann Rev Public Health* 1:69-82, 1980.

Terris, M. The epidemiologic revolution, national health insurance and the role of health departments. *Am J Public Health* 66(12):1155-1165, 1976.

Terris, M. Epidemiology as a guide to health policy. *Ann Rev Public Health* 323-344, 1980.

Thompson, J. D. Epidemiology and health services administration: Future relationships in practice and education. *Milbank Mem Fund Q* 56(3):253-273, 1978.

Utilización de la epidemiología en la atención primaria de salud. *Crónica de la OMS* 34 (1):18-21, 1980.

White, K. L. Información para la atención de salud: una perspectiva epidemiológica. *Educ Méd Salud* 15(4):369-394, 1981.

Serie de publicaciones sobre administración de salud OPS/KELLOGG

Con el volumen No. 48 de la Serie de Desarrollo de Recursos Humanos (OPS) el Programa de Educación en Administración de Servicios de Salud OPS/Kellogg completó una fase de las actividades que había programado: la publicación de revisiones bibliográficas sobre temas actuales en administración de salud. En esta serie han aparecido documentos sobre: investigación de operaciones y análisis de sistemas, evaluación y planificación de servicios de salud, epidemiología y administración, comportamiento organizacional, economía, finanzas y control de costos y administración estratégica (Nos. 36 a 44 de la Serie).

Con esta colección de "Cuadernos de Administración"—que es el subtítulo que se ha dado a estas publicaciones—se pretende ofrecer al personal docente y de servicios de salud extenso material bibliográfico que pueda servir de referencia y apoyo en proyectos de investigación o en la toma de decisiones en la ejecución de planes y programas de salud en países de las Américas.

Propuesta de planteamiento sobre colaboración institucional en Colombia

El Programa de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social que ofrece la Universidad Javeriana, en Bogotá, ha logrado importantes progresos desde que está en funcionamiento hace tres años. En función de los conocimientos y la experiencia que ha adquirido, el programa ha formulado una propuesta de colaboración interinstitucional en las siguientes áreas prioritarias:

- Producción conjunta de una revista sobre administración de servicios de salud.
- Foros rotatorios por todo el país sobre temas prioritarios que surjan del consenso de las instituciones nacionales.
- Cursos conjuntos para los niveles nacional e internacional que ofrezcan campos de aplicación práctica correspondientes a los programas ofrecidos en Colombia.
- Organizar un programa conjunto de mejoramiento profesoral en el país, con la participación de figuras de renombre mundial.
- Intercambio de profesores a nivel nacional.
- Integración de material bibliográfico a través de centros de documentación u otros mecanismos convenientes.
- Investigaciones conjuntas de carácter nacional y participación de grupos colaborativos en investigaciones internacionales.
- Creación de una Asociación de Programas Universitarios de Administración de Salud de Colombia.
- Propender a que los resultados de la investigación sirvan de base a los contenidos de la docencia y tengan aplicación efectiva en los servicios de salud.

Nuevas publicaciones

Alerta Bibliográfico, publicación trimestral de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de Salud OPS (BIREME) y la Facultad de Salud Pública de São Paulo. Contiene una selección de artículos de 55 periódicos especializados en salud

pública. Incluye abstractos de tesis y disertaciones, índices de libros, monografías e informes técnicos. Para suscripciones o información, diríjase a: BIREME, R. Botucatu, 862 CEP: 04023, São Paulo, SP, Brasil.

Feld, Simon, Carlos H. Rizzi y Alejandra Goberna. *El control de la atención médica.* Buenos Aires, Argentina, 1982.

Texto sobre Auditoría Médica. Evaluación de servicios asistenciales, fiscalización de actividades profesionales, aspectos legales de atención médica. Buenos Aires, López Libreros Editores, 1982.

Mazzáfero, Vicente Enrique y cols. *Epidemiología y Salud Pública.* Vicente Enrique Mazzáfero, ed. Buenos Aires, 1982.

Alburquerque Possas, Cristina. *Saúde de Trabalho: A Crise da Previdência Social.* Brasil, Editora GRAAL, 1982.

Chaves, Mario M. *Saúde, uma Estrategia de Mudança.* Brasil, 1982.

de Souza Braga, José Carlos e Sergio Góes de Paula. *Saúde e Previdência.* Brasil, Cebes, Hucitec, 1982.

Neri, Aldo. *Salud y política social.* Buenos Aires, Hachette, 1982.

* * *

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

Libros

PUBLICACIONES CIENTIFICAS DE LA OPS, 1982[1]

No. 419 Control de vectores con posterioridad a los desastres naturales. 1982. (114 págs.). Precio: US$6,00. ISBN 92 75 31419 7. *Publicada también en inglés.*

Este manual ofrece orientación técnica en relación con los problemas que puedan surgir debido a la proliferación de vectores y posibles brotes de enfermedades en las condiciones de emergencia posteriores a desastres naturales. Está dirigido a los funcionarios de nivel superior encargados de la administración de las medidas de socorro, pero será de utilidad para una amplia gama de personal en el sector salud. Destaca las experiencias y necesidades de América Latina y el Caribe, concentrándose especialmente en las actividades apropiadas de vigilancia con anterioridad a los desastres, acciones inmediatas durante y después de ellos, determinación de prioridades en emergencias e información sobre técnicas y equipo de control de vectores específicos como el *Aedes aegypti,* anofelinos, moscas, roedores y otros.

No. 420 Vigilancia epidemiológica con posterioridad a los desastres naturales. 1982. (112 págs.). Precio: US$6,00. ISBN 92 75 31420 9. *Publicada también en inglés.*

Este tercer título de la serie de manuales de la OPS sobre preparaciones en casos de desastres, resume las bases científicas y las experiencias en la vigilancia y el control de las enfermedades transmisibles después de situaciones de desastres naturales, tales como terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, maremotos y vientos destructivos.

En los cinco capítulos se presenta información actualizada sobre la vigilancia epidemiológica y el control de enfermedades transmisibles después de los desastres naturales, las posibilidades de que se presenten epidemias en esas condiciones, el establecimiento de sistemas para la vigilancia de enfermedades transmisibles y algunas enfermedades no transmisibles seleccionadas, los aspectos operativos de la vigilancia epidemiológica después de los desastres, y las actividades de gestión con respecto a la salud ambiental. La segunda parte del manual in-

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

cluye listas importantes de organismos e instituciones de epidemiología en el Hemisferio Occidental, centros y laboratorios de referencia, un resumen de los requisitos de sanidad en casos de desastre, factores a considerar en relación con la vacunación durante emergencias y referencias.

No. 421 Control sanitario de los alimentos—Discusiones Técnicas, XXVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. 1982. (64 págs.). Precio: US$3,00. ISBN 92 75 31421 7. *Publicada también en inglés.*

Contiene el informe final de las Discusiones Técnicas celebradas durante la XXVIII Reunión del Consejo Directivo, la resolución aprobada por este sobre el tema y las principales opiniones y recomendaciones de los grupos de trabajo. Destaca la importancia del suministro de alimentos sanos en relación con la salud pública y las economías nacionales, e indica las medidas que contribuirían a mejorar la situación: incorporación del principio del control sanitario de alimentos en la atención primaria y en la educación a nivel escolar y de la comunidad; actualización de la legislación correspondiente; organización de servicios de control y su financiamiento; adiestramiento de personal técnico y desarrollo de recursos humanos, y establecimiento de normas de fabricación y de acuerdos entre países. Se sugieren criterios de protección para evitar la transmisión de enfermedades derivadas de fallas en la elaboración y el almacenamiento de alimentos, y se proponen objetivos a largo plazo que competen a los servicios nacionales de control de alimentos y las estrategias para realizarlos.

No. 422 Certificados de vacunación requeridos para los viajes internacionales y advertencias a los viajeros. 1982. (76 págs.). Precio: US$6,00. ISBN 92 75 31422 5.

Esta edición de 1982, que es la traducción del original en inglés publicado por la OMS, se ajusta a la de 1981 pero recoge los comentarios y las modificaciones propuestas por las administraciones nacionales de salud y otros usuarios.

Además de la habitual lista por países de requisitos de certificado de vacunación, la obra resume la situación de cada país en lo que respecta a la malaria y los medicamentos adecuados para prevenirla. Se dan indicaciones sobre algunos otros riesgos importantes para la salud de los viajeros en distintas partes del mundo, así como también sobre las precauciones que pueden adoptar. Se incluyen índices por países y por materias.

La publicación está destinada a las administraciones nacionales de salud, para facilitarles el desempeño de su función de asesoramiento a los profesionales de salud, las agencias de viajes y transportes y los propios viajeros sobre los riesgos de salud que pueden existir en otros países y sobre las medidas para prevenirlos.

No. 423 Manual de patología de animales de laboratorio. Por A. Cuba Caparó. 1982. (306 págs.). Precio: US$12,00. ISBN 92 75 31423 3.

Este manual, único en su género en idioma español, viene a llenar un importante vacío en la diseminación de conocimientos fundamentales y actualizados sobre las patologías más importantes y frecuentes que suelen encontrarse en los diversos animales que se utilizan en el laboratorio. La prevención primaria y el diagnóstico correcto y oportuno de las enfermedades que afectan una colonia es de importancia fundamental, ya que permite evitar brotes epizoóticos y controlar y tratar los casos en desarrollo.

Consta de cinco capítulos, los cuales versan sobre las enfermedades infecciosas, las neoplásicas, las del aparato inmunitario, las enfermedades causadas por alteraciones de la transmisión genética, y las causadas por alteraciones del metabolismo. Incluye, además, capítulos especiales sobre modelos experimentales, algunos aspectos de la patología del cobayo y técnicas histológicas. También contiene 95 figuras y 267 referencias.

No. 424 Criterios de salud ambiental No. 8: Oxidos de azufre y partículas en suspensión. 1982. (122 págs.). Precio: US$8,00. ISBN 92 75 31424 1.

Traducción del original en inglés publicado conjuntamente por el PNUMA y la OMS, 1979. Esta publicación examina y evalúa la información disponible sobre los efectos biológicos de los óxidos de azufre y de las partículas en suspensión, incluidos los aerosoles de sulfatos y de ácido sulfúrico, y sienta las bases científicas para decisiones encaminadas a proteger la salud humana y animal contra los efectos negativos de la exposición a estas sustancias. Presta atención especial a los efectos de la inhalación, vía más importante de exposición, y al dióxido y trióxido de azufre, los iones de sulfatos y partículas producidas principalmente por combustibles fósiles. Detalla las propiedades químicas y los métodos de análisis de estas sustancias, sus fuentes naturales y artificiales, su dispersión, transformación, concentración en el medio ambiente, niveles de exposición y metabolismo. Además contiene más de 300 referencias bibliográficas.

No. 425 Criterios de salud ambiental No. 9: DDT y sus derivados. 1982. (222 págs.). Precio: US$10,00. ISBN 92 75 31425 X.

Traducción del original en inglés publicado conjuntamente por el PNUMA y la OMS, 1979. Trata detalladamente sobre los efectos del DDT y de sus derivados en los animales de laboratorio y en el hombre y las consecuencias directas en la salud humana. Resume los principales problemas y recomendaciones para nuevas investigaciones. Abarca los temas de las propiedades físicas y químicas del DDT y compuestos relacionados, métodos de análisis, fuentes de contaminación, transporte, distribución y niveles de exposición en el ambiente y metabolis-

mo del DDT. Además se evalúan los riesgos que presentan esas sustancias para el hombre y se hacen recomendaciones sobre los niveles de exposición.

Las observaciones contenidas en el volumen están basadas en publicaciones y estudios originales, e incluye una bibliografía muy completa.

No. 426 Criterios de salud ambiental No. 10: Disulfuro de carbono. 1982. (104 págs.). Precio: US$8,00. ISBN 92 75 31426 8.

Traducción del original en inglés publicado conjuntamente por el PNUMA y la OMS, 1979. Trata de los riesgos para la salud que entraña la inhalación del bisulfuro de carbono, sustancia química tóxica que se emplea como disolvente en ciertos procedimientos industriales, en la producción de fibras de rayón de viscosa, agentes de flotación y herbicidas, y en la fumigación de cereales. Resume los principales temas y recomendaciones para estudios ulteriores, examina las propiedades químicas y físicas del bisulfuro de carbono y los procedimientos analíticos para su estudio, además de las fuentes de exposición, metabolismo y efectos bioquímicos. Se consideran los métodos de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos y las medidas aplicables para evitar el riesgo. El volumen contiene dos anexos sobre la producción de viscosa y sus productos terminales y sobre las concentraciones máximas admisibles de disulfuro de carbono en diferentes países.

No. 428 Anticonceptivos orales: aspectos técnicos y de inocuidad. 1982. (36 págs.). Precio: US$4,00. ISBN 92 75 31428 4.

Este volumen, traducción del original en inglés (OMS, Publicaciones en Offset No. 64, 1982), forma parte de una serie sobre tecnología de planificación de la familia publicada por la OMS. Acompaña a otros volúmenes que tratan sobre la esterilización de la mujer, el aborto provocado y los anticonceptivos hormonales inyectables.

Plantea y examina las ventajas y los inconvenientes de los anticonceptivos orales y facilita información de especial interés para administradores y planificadores del sector que deseen introducirlos en programas de atención de salud o de planificación de la familia. Incluye una bibliografía selecta y dos anexos (lista de comprobación para la prescripción de anticonceptivos orales y algunas formulaciones de anticonceptivos orales combinados de uso común y de píldoras que contienen exclusivamente progestógeno).

No. 429 Anticonceptivos hormonales inyectables: aspectos técnicos y de inocuidad. 1982. (40 págs.). Precio: US$4,00. ISBN 92 75 31429 2.

Este volumen, traducción del original en inglés (OMS, Publicaciones en Offset No. 65, 1982), describe los dos esteroides anticonceptivos de efecto prolongado

disponibles actualmente: el acetato de depot—medroxiprogesterona y el enantato de noretisterona. También examina: farmacología y eficacia, efectos secundarios (problemas de hemorragia, efectos metabólicos, posible carcinogenicidad, efectos en la progenie, etc.), administración clínica (contraindicaciones, problemas especiales que requieren asistencia médica, etc.), asesoramiento, uso por jóvenes adolescentes y mujeres mayores de 40 años, empleo después del aborto y del parto y consecuencias para los programas (formación de personal y empleo de listas de comprobación).

No. 430 Salud ambiental con posterioridad a los desastres naturales. 1982. (72 págs.). Precio: US$6,00. ISBN 92 75 31430 6. *Publicada también en inglés.*

Esta publicación es la cuarta de la serie de manuales de la OPS sobre los preparativos para casos de desastres (los anteriores versan sobre administración sanitaria, control de vectores y vigilancia epidemiológica) y tiene por objeto el servir de guía a los encargados de planificar y ejecutar las medidas de higiene ambiental después de los desastres. Trata de los efectos de los desastres en la salud ambiental, la corrección de las condiciones de salud ambiental creadas por los desastres y el orden de prioridad en que estas deben ser atendidas durante la emergencia. También incluye datos sobre medidas de rehabilitación y restauración de servicios básicos. Los anexos se refieren a la preparación de planes de operaciones de emergencia, pautas para el uso de tabletas, polvo y líquidos desinfectantes, medidas de salud ambiental (evacuación y operaciones de socorro) y una bibliografía.

No. 431 Agua potable y saneamiento ambiental, 1981-1990. Un camino hacia la salud. 1982. (72 págs.). Precio: US$5,00. ISBN 92 75 31431 4.

Traducción al español del original publicado por la OMS, 1981. Concreta la urgente necesidad de asumir un nuevo enfoque para alcanzar las metas del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental (1981-1990). Identifica en forma clara y concisa los objetivos propuestos para el Decenio a nivel nacional e internacional y los modos en que las deficiencias institucionales limitan los esfuerzos. Establece lineamientos para acciones específicas en la planificación y diseño de programas adecuados.

Destaca la integración de las mejoras en el suministro de agua no solo con el saneamiento y la eliminación de desechos sino con la educación en salud y los programas de atención primaria; la ineludible prioridad de los grupos desventajados; descentralización y participación de las comunidades en todos los aspectos de los proyectos; elaboración de programas modelo reproductibles, y tecnología adecuada a la capacidad de la comunidad para mantener y operar las obras.

No. 432 Evaluación del impacto de los programas de nutrición y salud. R. E. Klein, M. S. Read, H. W. Riecken, J. A. Brown, Jr., A. Pradilla y C. H. Daza, eds. 1982. (256 págs.). Precio: US$12,00. ISBN 92 75 31432 2.

Esta obra se basa en la mayoría de los trabajos presentados a la Conferencia Internacional de la OPS sobre Evaluación del Impacto de la Nutrición y Programas de Salud Seleccionados (Panamá, 1977). El lector se familiariza con una visión general de la medición del impacto de la nutrición en salud, las dificultades conceptuales y prácticas de esa medición, y los problemas sociales del uso de la información obtenida.

El libro está dividido en una introducción y tres capítulos sobre: enfoques de evaluación del impacto de los programas, estimación de resultados específicos de las intervenciones, y ejecución y utilización de las evaluaciones. Concluye con una excelente sección sobre clarificación de conceptos y definición de términos utilizados comúnmente en investigación evaluativa.

No. 433 Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la atención primaria de salud. Por I. Durana y cols. 1982. (160 págs.). Precio: US$6,00. ISBN 92 75 31433 0.

Este manual de trabajo responde al reto de cómo preparar al personal de salud para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, motivando a este a contribuir como recurso de apoyo a los sistemas de salud, con la participación de las comunidades. Está dirigido a personal profesional no especializado en salud pública, especialmente a enfermeras que supervisan la capacitación de auxiliares y promotores de salud. Propone esquemas de adiestramiento en atención primaria mediante estrategias de enseñanza-aprendizaje teórico-prácticas.

El volumen comprende los análisis y métodos para desarrollar la habilidad social que compete al personal de salud, la salud de la comunidad y la individual. El contenido teórico incluye nociones de nutrición, epidemiología, zoonosis, salud ambiental, desastres, anatomía, fisiología, patología y farmacología, entre otros temas. Incluye una bibliografía anotada.

No. 434 O SI para as Profissões de Saúde. 1982. (88 págs.). Precio: US$4.00. ISBN 92 75 31434

Se trata de la versión en portugués del libro original en inglés publicado por la OMS en 1977 (el español apareció en 1980).

Este libro describe el sistema SI y su aplicación a la práctica médica general y a ciertas especialidades médicas, así como la unificación de los resultados de laboratorio, principalmente en química clínica. Contiene además cuadros de equivalencias entre unidades "antiguas" y unidades SI (para las pruebas más importantes) y listas de factores de conversión.

DOCUMENTOS OFICIALES DE LA OPS, 1982

No.179 Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de la Estrategias Regionales. 1982. (106 págs.). Precio: US$ 8,00. ISBN 92 75 37179 2.

No. 180 Informe Final—XXVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXXIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas (Washington, D.C., septiembre-octubre de 1981). 1982. (130 págs., *edición bilingüe).* Precio: US$8,00. ISBN 92 75 07180 2.

No. 181 Actas resumidas—XXVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXXIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas (Washington, D.C., septiembre-octubre de 1981). 1982. (346 págs., *edición multilingüe).* Precio: US$10,00. ISBN 92 75 07181 0.

No. 182 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo (enero-diciembre de 1981). 1982. (142 págs.). Precio: US$6,00. ISBN 92 75 37182 2.

No. 183 Informe Cuadrienal (1978-1981) y Anual (1981) del Director. 1982. (286 págs.). Precio: US$10,00. ISBN 92 75 37183 0.

No. 184 Actas resumidas e Informes Finales—87ª y 88ª Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS (Washington, D.C., octubre de 1981 y junio de 1982). 1982. (262 págs., *edición multilingüe).* Precio: US$10,00. ISBN 92 75 07184 5.

OTRAS PUBLICACIONES

Salud y política social—Por Aldo Neri. Buenos Aires, Editorial Hachette, 1982. 264 págs.

Se trata de un ensayo técnico y político sobre la atención de la salud. El libro propone "una visión sintética que integre y jerarquice los diversos elementos actuantes" en el problema que estudia.

Para lograrlo, avanza a través de un análisis crítico de la medicina misma, y no sólo de cómo se halla organizada y financiada la prestación de sus servicios.

Los servicios de salud son instituciones sociales; constituyen por lo tanto hechos políticos, económicos y culturales. Para entenderlos, insiste el autor, debemos atender al poder y al interés, tanto como a la enfermedad y a la ciencia.

"La necesidad de delimitar y conciliar lo universal y lo particular del caso argentino ha impuesto la inclusión de los cuatro capítulos iniciales". En ellos "se resumen algunos fenómenos centrales que caracterizan al campo médico social en el mundo".

Este no es un libro neutral. El estudio de la realidad argentina actual se acompaña con propuestas concretas de futuro, dentro de una explícita concepción política del mismo.

Tampoco es una obra limitada a profesionales de la salud y demás ciencias sociales. Piensa el autor que "la salud humana, como cualquier otro de los grandes problemas que enfrenta una sociedad, es un problema de todos, no sólo del subgrupo profesionalmente diferenciado para su atención, y constituye un asunto en el que todos tienen qué decir y qué hacer".

El contenido del libro es el siguiente:

Parte I: Panorama mundial

Capítulo I: La medicina: mito y realidad
Capítulo II: Los criterios de la economía
Capítulo III: Evolución de los sistemas de atención médica
Capítulo IV: Estado y política social

Parte II: El caso argentino

Capítulo V: La salud de los argentinos. Las varias argentinas. El consumo de servicios
Capítulo VI: La historia reciente (1946-1976)
Capítulo VII: Los hechos de hoy
Capítulo VIII: Algo sobre tecnología y los medicamentos
Capítulo IX: El papel de la educación
Capítulo X: Conjeturas para mañana
Epílogo político

Aldo Neri es médico y se ha especializado en los temas médicos sociales. Se desempeñó como Presidente del Consejo de Salud Pública de la Provincia de Río Negro y luego como Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Actualmente es consultor de organismos internacionales y asesor de asociaciones gremiales médicas argentinas. Ha colaborado en repetidas ocasiones en *Educación Médica y Salud.*

Medición y gestión de los servicios médicos y sanitarios—Necesidades y oportunidades de formación profesional—Por John R. Evans. Nueva York, Fundación Rockefeller, 1982. 64 págs.

La Fundación Rockefeller ha publicado este informe como una aportación a las deliberaciones suscitadas por la Declaración de Alma-Ata encaminada a obtener la salud para todos en el año 2000. Espera que la obra estimule debates nacionales e internacionales sobre los problemas y cuestiones que plantea en relación con la "medición y gestión" de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de la población.

El informe se basa en entrevistas con altos funcionarios de los ministerios de salud de cuatro países industrializados y otros cuatro en desarrollo; con miem-

bros del personal de la OMS y de tres de sus Oficinas Regionales; dirigentes académicos de universidades, escuelas de salud pública y facultades de medicina; representantes de asociaciones de salud pública, educación médica y administración de salud y de hospitales, y funcionarios de programas de seis fundaciones de los Estados Unidos y el Reino Unido que prestan apoyo activamente a los campos de la educación y la investigación.

Consta de los siguientes capítulos:

I. La salud del público
II. Enseñanza de la salud pública
III. Formación profesional para la gestión y administración en el sector salud
IV. Hacia la consecución de una capacidad para la gestión sanitaria nacional en los países en desarrollo
V. La perspectiva demográfica en la enseñanza médica
VI. Orientaciones futuras

La Fundación encomendó la preparación de este informe "durante el proceso de revisión de las numerosas actividades que viene realizando por varios decenios con el fin de aliviar la pesada carga que imponen las enfermedades y mejorar la organización, pertinencia y eficacia de los servicios de salud". Su apoyo a las investigaciones biomédicas y del comportamiento dirigidas hacia la solución de importantes problemas de salud ha ido acompañado de un tradicional interés en los problemas genéricos subyacentes a la transferencia de conocimientos útiles mediante unos servicios humanitarios y eficaces.

En una época en que la atención de la salud es cada vez más costosa y existen graves desigualdades en la disponibilidad de esa asistencia en el seno de los países y entre ellos, así como unos desequilibrios irracionales en los recursos y el personal, el presente informe deberá de estimular la reconsideración de los diversos procedimientos para mejorar las aptitudes de gestión y medición que ofrezcan las máximas posibilidades de beneficiar a la salud de las poblaciones de todo el mundo.

John R. Evans es médico, graduado de las Universidades de Toronto (Canadá) y Oxford (Inglaterra). Fue decano fundador de la Facultad de Medicina de la Universidad McMaster, de Hamilton, Ontario, en la que dirigió la creación de la nueva escuela de medicina considerada como la más innovadora en años recientes. Posteriormente fue Presidente de la Universidad de Toronto, en donde estableció la Escuela de Higiene y Salud Pública, y consultor de la Fundación Rockefeller. En 1979 pasó al Banco Mundial, como Director del Departamento de Población, Salud y Nutrición, de donde se acaba de jubilar.

Development of the Pan American Health Organization's Nursing Advisory Services: Impact in Latin American Nursing Education, 1940-1980— Por Alina Maria de Almeida Souza. Tesis de grado presentada a la Ohio State University, 1982. 343 págs.

Esta tesis de grado tiene por objeto analizar de manera crítica el desarrollo de los servicios de enfermería de la Organización Panamericana de la Salud y explorar el impacto de sus políticas y recomendaciones en la educación en enfermería en la América Latina. El argumento central es la relación entre la sociedad y el desarrollo de la enfermería, en función del proceso de cambio en la formación social en el contexto latinoamericano.

El análisis se basa en tres hipótesis: 1) los cambios observados en las políticas de educación en enfermería de la OPS están determinados por los conceptos generales sobre salud adoptados en un momento determinado por la Organización; 2) el impacto de las recomendaciones de la OPS en materia de educación en enfermería en la América Latina depende del grado de congruencia que tengan con las realidades internas de la sociedad dada, y 3) el impacto de las recomendaciones de la OPS depende de la relación de las escuelas de enfermería con los servicios de enfermería de la Organización.

Dos enfoques metodológicos se utilizan en el trabajo: una investigación histórica del desarrollo de la educación en enfermería en la América Latina y de los servicios de enfermería de la OPS, y un estudio exploratorio para examinar el efecto de las recomendaciones de la OPS en escuelas de enfermería seleccionadas de la América Latina.

La investigación histórica toma tres períodos claramente determinados de la formación social latinoamericana y los factores que más directamente han repercutido en el establecimiento de la práctica de salud predominante desde principios del siglo pasado y establece la articulación entre la sociedad y la práctica de enfermería profesional. El estudio exploratorio revisó la información procedente de 45 escuelas de enfermería de 13 países latinoamericanos. Con base en cuatro recomendaciones importantes formuladas por los servicios de enfermería de la OPS, se identificaron seis indicadores para la introducción de innovaciones educacionales; se analizaron las innovaciones de acuerdo con la relación o falta de relación de las escuelas con la OPS. De acuerdo con las principales observaciones del trabajo, la relación con la OPS no proporciona ninguna variabilidad significativa para la introducción de innovaciones curriculares en las escuelas seleccionadas.

Entre las conclusiones más destacada de la autora de la tesis se encuentran las siguientes: el desarrollo de la enfermería en la América Latina refleja los cambios observados en la formación social de los países; el desarrollo de los servicios de enfermería de la OPS refleja la complejidad de una organización internacional cuya función más importante es la difusión de los conceptos de salud predominantes, y la influencia de la OPS en la educación en enfermería en la América Latina debe ser examinada más extensamente.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, hasta 1923 denominada Oficina Sanitaria Internacional, tuvo su origen en una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) que recomendó celebrar "una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas". Esta convención tuvo lugar en Washington, D.C., del 2 al 4 de diciembre de 1902 y estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana en 1924 y ratificado por los Gobiernos de las 21 repúblicas americanas, confirió funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina no fue modificado.

En virtud del acuerdo celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana asumió las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud es reconocida también como organismo especializado interamericano en el campo de salud pública con la más amplia autonomía en la realización de sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la **promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes**. En el cumplimiento de sus propósitos, la Oficina colabora con los Gobiernos Miembros en pro del desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salubridad, facilita los servicios de consultores, concede becas de estudio, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades de los países limítrofes en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadística de salud, y desempeña otras funciones afines.

GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS

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 Vicente y Granadinas
Santa Lucía
Suriname
Trinidad y Tabago
Uruguay
Venezuela

GOBIERNOS PARTICIPANTES Francia, Reino de los Países Bajos, Reino Unido

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Director
Dr. Carlyle Guerra de Macedo

Director Adjunto
Dr. S. Paul Ehrlich (h.)

Subdirector
Dr. Ramón Alvarez Gutiérrez

OFICINAS DE AREA

Area I, Apartado 6722
Caracas, Venezuela

Area II, Apartado 105-34
México 5, D.F., México

Area III, 7ª Ave. 12-23, Zona 9
Guatemala, Guatemala

Area IV, Casilla 2117
Lima, Perú

Area V, Caixa Postal 04-0229
Brasília, D.F., Brasil

Area VI, Charcas 684, 4° piso
Buenos Aires, Argentina

Oficina de Campo 509 U.S. Court House
El Paso, Texas, E.U.A.

Caribe Coordinador de Programa en el Caribe
P.O. Box 508, Bridgetown, Barbados

OFICINA CENTRAL 525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

CONTENIDO

EDITORIAL: MISION DE LA OPS—CARLYLE GUERRA DE MACEDO

EPIDEMIOLOGIA EM MEDICINA CLÍNICA

ACERCA DE LAS NECESIDADES DE ADIESTRAMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD Y NUTRICION EN PAISES EN DESARROLLO

CAPACITACION EN PSIQUIATRIA DE GRUPOS DE SALUD EN COLOMBIA

FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA EL AÑO 2000

CAPACITACION DE PERSONAL PARA LA META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000: UNA PROPUESTA METODOLOGICA

REUNION DEL COMITE ASESOR DEL PROGRAMA DE EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SALUD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

TOMA POSESION DEL CARGO DE DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA EL DR. CARLYLE GUERRA DE MACEDO

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CIENCIA DE SISTEMAS APLICADA A LOS SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA E IMPEDIDAS

CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL DE INFORMATICA EN MEDICINA

REUNION REGIONAL DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

CURSO DE POSGRADO EN ECONOMIA SANITARIA

ACTIVIDADES DE ADIESTRAMIENTO E INVESTIGACION EN PASCCAP

TALLER SOBRE PLANIFICACION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS PARA COORDINACION Y CONTROL DE PROGRAMAS DE ATENCION PRIMARIA EN COMUNIDADES RURALES

NOTICIAS DE EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD (PROGRAMA OPS/KELLOGG)

LIBROS