

# *educación médica y salud*



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**

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

**FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES  
DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA**

## **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 la 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 sanitaria, y desempeña otras funciones afines. Su Director es el Dr. Abraham Horwitz.

---

# educación médica y salud

---

Vol. 3

JULIO—AGOSTO—SEPTIEMBRE de 1969

No. 3

---

## Contenido

### Editorial:

Encuesta sobre las escuelas de salud pública de la América Latina.....	163
Las escuelas de salud pública en la América Latina—DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE LA OPS.....	167
La comunicación entre el médico y el paciente en las consultas externas—ANTONIO ORDÓÑEZ PLAJA, LUCY M. COHEN Y JULIÁN SAMORA.....	217

---

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

### **EDUCACION MEDICA Y SALUD**

**Publicación trimestral de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.**

**Suscripción anual: US\$2,00 ó su equivalente en la moneda del país respectivo.**

**Dirección postal:**

**Oficina Sanitaria Panamericana  
525 Twenty-third St., N. W.  
Washington, D. C. 20037, U.S.A.**

## INFORMACION A LOS AUTORES

Educación Médica y Salud gustosamente considerará para su publicación:

a) Artículos sobre educación y adiestramiento de personal para la salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planeación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales e investigación en educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud. En lo posible, no deberán exceder de 3.000 palabras y habrán de venir acompañados de un resumen breve. Las referencias bibliográficas deben adherirse a las normas del *Index Medicus* y ser presentadas, en hoja aparte, en el orden en el cual aparecen citadas en el texto. Los cuadros, gráficas y diagramas deben venir en hoja separada.

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

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

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

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

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

---

## NOTICE TO AUTHORS

Educación Médica y Salud will be pleased to consider for publication:

a) Articles on education and training of health personnel in the broadest sense, particularly with regard to the planning, implementation and evaluation of teaching programs, new educational techniques and research in medical education, and the development of human resources for health. As far as possible, the articles should be limited to 3,000 words and the author should enclose a short summary. Bibliographical reference should adhere to *Index Medicus* standards and should be submitted on a separate page in the order in which they appear in the text. Illustrations, tables and diagrams should also appear on a separate page.

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

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

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

The editorial staff will select those articles which it considers suitable for publication and, where appropriate, will assume responsibility for translation into Spanish, or for any editorial changes. The staff in question will consult any substantive changes with the author and, as far as possible, inform him of the acceptance of his contribution and its probable publication date.

In no case can the original manuscript be returned to the author.

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

## INFORMAÇÃO AOS AUTORES

Educación Médica y Salud terá prazer em considerar para publicação:

a) Artigos relacionados com educação e treinamento de pessoal para saúde em seu conceito mais amplo, especialmente os que se relacionem com planejamento, desenvolvimento e avaliação de programas de ensino, novos métodos educacionais e pesquisa em educação médica e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Tanto quanto possível, não deverão exceder de 3.000 palavras e deverão vir acompanhados de um resumo breve. As referências bibliográficas devem ser escritas segundo as normas do *Index Medicus* e apresentadas, em folha separada, na mesma ordem em que aparecem citadas no texto. Os quadros, tabelas e diagramas devem vir em folha separada.

b) Notas breves que tenham interesse para os educadores médicos em nível internacional.

c) Resenhas de livros e artigos de particular importância no campo da educação médica.

Os textos devem vir datilografados em espaço duplo e com ampla margem de ambos os lados e podem ser escritos em português, espanhol, inglês ou francês.

O Corpo de Editores da revista selecionará os artigos que considerar dignos de publicação e, quando pertinente, tomará a seu cargo sua tradução ao espanhol e as modificações editoriais. Consultará com o autor sobre modificações de fundo e, tanto quanto possível, lhe comunicará a aceitação e a data provável de publicação. Em nenhum caso serão devolvidos originais.

Os autores dos artigos publicados receberão, gratuitamente, 50 reimpressões e poderão solicitar um número adicional dentro de condições que serão combinadas para cada caso em particular.

---

## RENSEIGNEMENTS DESTINES AUX AUTEURS

Educación Médica y Salud se propose de faire paraître les textes suivants:

a) Articles ayant trait à l'enseignement et à la formation professionnelle du personnel sanitaire dans leur sens le plus large, en particulier des articles relatifs à la planification, la réalisation et l'évaluation des programmes d'enseignement, aux nouvelles méthodes d'enseignement et à la recherche dans le domaine de l'enseignement médical et du développement des ressources humaines intéressant la santé. Dans la mesure du possible, les textes devront compter au maximum 3.000 mots et être accompagnés d'un bref résumé. Les références bibliographiques doivent être indiquées conformément aux normes de l'*Index Medicus* et présentées, sur une feuille distincte, dans le même ordre dans lequel elles figurent dans le texte. Les tableaux, schémas, et diagrammes doivent figurer sur une feuille séparée.

b) Nouvelles brèves présentant un intérêt pour les professeurs de médecine au niveau international.

c) Comptes rendus de livres et d'articles offrant une importance particulière dans le domaine de l'enseignement médical.

Les textes doivent être photocopiés à double interligne et avec une marge suffisante des deux côtés; ils peuvent être rédigés en espagnol, portugais, anglais ou français.

Le bureau de rédaction de la revue choisira les articles qu'il considère susceptibles d'être publiés et se chargera, le cas échéant, de la traduction vers l'espagnol et des modifications de forme. Il consultera l'auteur concernant les modifications comportant des changements de fond et l'aviserà, dans la mesure du possible, de l'acceptation et de la date probable de parution. Les originaux ne seront rendus en aucun cas.

Les auteurs des articles parus recevront, à titre gratuit, 50 réimpressions et pourront demander un nombre supplémentaire selon les conditions convenues pour chaque cas particulier.

# Editorial

## ENCUESTA SOBRE LAS ESCUELAS DE SALUD PÚBLICA DE LA AMÉRICA LATINA

“**P**ODRÍAMOS preguntarnos entonces si las escuelas de salud pública tienen clara conciencia de este mundo kaleidoscópico al que sirven; de este acontecer dinámico integral, del medio hacia el cual se proyectan; de la flexibilidad que la época exige a sus cultores para adecuar sus programas de trabajo a esa realidad dinámica; de la interacción entre salud y desarrollo; de la convergencia hacia una integración fructífera de las ciencias biológicas, sociales y matemáticas. Y si, atiborradas de preocupaciones pragmáticas en torno a distribución de horarios y de atención a la demanda que crece en progresión exponencial, les queda tiempo para meditar sobre las responsabilidades y proyecciones de su función.”

Así se dice en la encuesta sobre las Escuelas de Salud Pública de la América Latina, patrocinada por nuestra Organización, que se publica en este número.\* Es, posiblemente, la primera en su género en la Región por su carácter comprensivo a la vez que comparativo; por la participación activa de los docentes y su decidido propósito de revelar su propia realidad con miras a una reforma tan substancial como las circunstancias lo permitan. La información así reunida es un valioso aporte para esta revisión de propósitos de la enseñanza, de métodos para realizarla y, por sobre todo, para ubicar a las Escuelas en el contexto de la Universidad y del desarrollo económico y social.

Podría afirmarse que se ha producido en el curso de este siglo una desarmonía entre el concepto de salud y su aplicación, trasunto esto último de la formación de los profesionales responsables. Sinónimo de “sanidad” y “cuarentena” hasta hace 30 años —consecuencia de la era de las grandes pestilencias y endemias— se concibió a continuación como un fenómeno local, de la comunidad, donde se concentraron las acciones de prevención y curación. En esta etapa, la excesiva imitación de moldes de otras sociedades con estilos de vida y problemas diferentes de los de la América Latina, limitó los beneficios de estas iniciativas. La salud apareció como una función aislada, disociada

---

\* Véase la pág. 210.

internamente y ajena a todos los programas que conducen al bienestar de los habitantes. El rendimiento de los servicios, por estas circunstancias, fue menor que el esperado. Mientras una investigación floreciente en las ciencias biológicas fue entregando valiosos instrumentos para reducir la mortalidad y la morbilidad, esta deficiencia inherente a los organismos locales, esta verdadera barrera en la mente de los profesionales, interfirió con el éxito en la aplicación de esos conocimientos.

Una reacción era inevitable, tanto por las raíces históricas del proceso como por las transformaciones sociales crecientes. Ha surgido una nueva dimensión de la salud. Ella refleja la unificación del ideal y de la práctica dentro de la estrategia del desarrollo nacional. Expresa las aspiraciones del hombre y reconoce que su productividad, así como la de la colectividad a la que pertenece, dependen directamente de su estado de salud, como lo señalaron, en un contexto diferente, Petty y Virchow y los reformadores sanitarios ingleses. Para ellos, sin embargo, la relación se basaba primordialmente en criterios humanitarios y sociológicos. La vemos hoy, además, en términos económicos, destacando que el hombre es la síntesis de todo lo que una sociedad hace y crea. Esta nueva dimensión establece, por lo tanto, metas específicas para cada actividad, incluida la salud, y procura alcanzarlas de una manera integrada.

Los pronunciamientos del más alto nivel político de la América Latina en los últimos diez años le han dado a esta concepción el marco de referencia que le es indispensable. Se ha resuelto incrementar el ingreso nacional, distribuirlo equitativamente, y promover en forma armónica el bienestar social. El hombre en sí, más que su comercio y las manifestaciones exteriores de su vivir, es la razón de este esfuerzo continental concertado. La organización de los recursos para satisfacer las necesidades de salud de cada comunidad se analiza, formula y ejecuta de acuerdo con dichos principios. Hay, como es natural, influencias mutuas de la serie de acciones que concurren al progreso, cuya dinámica no conocemos si bien comprendemos. El mismo enfoque se aplica a las grandes empresas del Continente en las que, como se ha proclamado, la salud debe estar presente desde las fases de preinversión, vale decir, de planificación. Así ocurre con el desarrollo de las cuencas hidrográficas, de los caminos internacionales, con la penetración de la selva en busca de la explotación de riquezas naturales, con el enorme aumento del tráfico internacional y del intercambio de alimentos y otros productos que elevan los riesgos de transmisión de determinadas enfermedades.



Decíamos que esta evolución conceptual no ha coincidido con una reforma de la enseñanza de la salud pública. Pensamos que en ella se ha cometido un error similar al de la educación médica. En efecto, en esta última se ha puesto excesivo énfasis en el análisis en profundidad de los componentes de todo ser humano, en estado normal y patológico, perdiéndose la visión de la unidad biológica y social que él representa. Porque somos más que un agregado de células, tejidos y órganos, más aún que una unidad pensante; formamos parte de familias y colectividades y debemos responder a un sentido de propósito nacional, sin perder una concepción holística de la vida.

En salud pública se ha disociado la sociedad en categorías de problemas y programas, destacando las técnicas y su aplicación práctica y no reconociendo siempre la dinámica de cada individualidad en el medio en el cual evoluciona. En otras palabras, no se advierte un genuino criterio ecológico en la presentación y en la demostración de todas las cuestiones que emanan de la concepción moderna de la salud a que nos referimos. De esta situación deriva el que las estructuras sean rígidas, el que no se compruebe una coordinación constante de conceptos y normas para entregarle al estudiante las bases de la síntesis que él debe construir. El plan de estudios aparece dividido en disciplinas que, si bien son esenciales en sí, su exposición destaca más los aspectos metodológicos que las transformaciones sociales que se pueden inducir. Parece llegado el momento de organizar la enseñanza en unidades funcionales, con la participación —en lo posible integrada— de todos los profesores cuya experiencia contribuye al análisis de cada una de ellas, sea para poner de relieve el conocimiento existente o las cuestiones que deben investigarse.

Estas consideraciones no ignoran el enorme esfuerzo de las Escuelas de Salud Pública de la América Latina, la más antigua de las cuales sólo tiene 30 años de existencia. Muy por el contrario, señalan el progreso alcanzado. Su propósito es constructivo. La duda que han manifestado docentes distinguidos —como se deduce de la encuesta que contiene este número— sobre el destino de dichos institutos de enseñanza es la mejor expresión de la necesidad de cambio en los objetivos, métodos y estructuras. Nos parece lógico que deba ser coincidente con la reforma de la universidad que ocurre hoy en las Américas. Lo que hay que formar es el profesional y el técnico capaz de cumplir con lo que establecen los planes nacionales de salud como tales y en términos del desarrollo económico y social. Por sobre todo, debe imperar en su espíritu la flexibilidad indispensable para comprender la sociedad a la que va a servir, discernir sus características

y problemas, organizar sus recursos, motivar a los habitantes hacia dichos fines de bien común. Como es natural, esta formación de graduados se hará mejor de consuno con quienes trabajan simultáneamente para llevar a la práctica las metas de cada programa y proyecto. Estimamos que las probabilidades de una preparación más adecuada serán mayores si todo el proceso educativo, que va del estudiante al profesional, se realiza en centros dedicados a las ciencias y artes de la salud que hagan uso de todas las disponibilidades que la universidad ofrece. No se trata de perder identidad sino de alcanzar comunión de principios, normas y procedimientos en pro de una causa que es, en esencia, espiritual, porque es humana.

Quisiéramos que esta encuesta sobre Escuelas de Salud Pública fuera considerada en el amplio debate hacia la existencia de una genuina universidad para guiar el desarrollo. No es tarea fácil, pero debemos darle cima porque es una de las fundamentales de nuestro tiempo. El progreso no es la consecuencia sólo de los capitales que se invierten, sino de las ideas, la imaginación creadora, la capacidad de diferenciar lo que conviene al interés nacional y de adaptar los aportes de la ciencia y de la técnica a los rasgos de la cultura. De esta moderna universidad con visión de futuro, que prevea los acontecimientos y sugiera las soluciones más recomendables, debe emerger el especialista de salud que los países de Latinoamérica requieren para los problemas de hoy y los que han de dominar hasta el término de este siglo.

DR. ABRAHAM HORWITZ  
Director, Oficina Sanitaria Panamericana,  
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

## Las escuelas de salud pública en la América Latina

*Las escuelas de salud pública de la América Latina tienen como objetivo específico la formación del personal necesario para la administración de los servicios de salud en los países de esa Región. Un estudio de su estructura, organización, recursos y funciones, así como de los resultados obtenidos, es de capital importancia en momentos en los cuales están llamadas a definir su posición dentro del proceso de desarrollo del Continente y frente a la necesidad de profundos cambios sociales y económicos en el mismo.*

**E**N 1968 el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició un estudio comparativo entre las diez escuelas de salud pública de la América Latina.

La copiosa información recogida fue difícil de compilar y someter a un estudio comparativo porque, si bien existen ciertos rasgos comunes a todas las escuelas de salud pública, debido a factores condicionantes de origen, dependencia, estructura y orientación, todas ellas presentan características intrínsecas que las hacen sumamente disímiles. Este trabajo analiza los factores más sobresalientes, en especial los relacionados con la docencia.

### MATERIAL Y METODO

Las escuelas bajo estudio se designaron según la ciudad donde están ubicadas, lo cual coincide con el nombre con que generalmente son conocidas: Buenos Aires, Caracas, La Habana, Lima, Medellín, México, Río de Janeiro, San Juan de Puerto Rico, Santiago y São Paulo.

---

• Encuesta llevada a cabo por el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C., E.U.A.

Se incluyó la Escuela de San Juan de Puerto Rico porque, si bien desde el punto de vista geopolítico, presupuestario y estructural se considera dentro de los Estados Unidos, en ella se enseñan cursos en español y se recibe un número elevado de alumnos latinoamericanos.

Este estudio se llevó a cabo gracias a la experiencia obtenida en encuestas sobre las escuelas de medicina, a las conferencias de directores de escuelas de salud pública, a los seminarios viajeros y a la información acumulada por la OPS por más de una década.

Como primer paso se elaboró un juego de cuestionarios con el fin de obtener información sistemática sobre los recursos, la organización, la estructura y funciones de las escuelas. También se consideró necesario la elaboración de otro cuestionario para el personal docente. Para iniciar el estudio y evaluar el instrumento diseñado se llevaron a cabo entrevistas con el director y los jefes de las unidades docentes de la Escuela de Salud Pública de Caracas, cuya colaboración ha sido de valor inapreciable.

La encuesta fue complementada con visitas a las instalaciones y observación del funcionamiento de la Escuela. Además, se celebró una reunión con todo el profesorado a fin de exponer y discutir la problemática de la enseñanza en salud.

Superada esta etapa, el entrevistador continuó visitando las otras escuelas, habiéndole dedicado a cada una de ellas un promedio de una semana. En la recolección de datos hubo que obviar ciertas dificultades debidas a la disimilitud entre las escuelas, a ciertas complejidades administrativas, a la necesidad de encuadrar la información dentro de un marco de referencia común, a la escasez de datos en ciertos casos y a otros factores limitantes.

Al término de las visitas se tabuló la información recogida, la cual se presenta en 34 cuadros que enfocan particularmente la función docente y reúnen el máximo de datos comparables. Las escuelas aparecen en todos los cuadros en orden alfabético. Durante la encuesta se obtuvo también otra información valiosa no susceptible de tabulación en forma comparativa. Las entrevistas estimularon valiosos procesos de discusión de ideas que pueden considerarse como un subproducto importante de la investigación. De un modo general, se puede decir que la colaboración de los directores y demás personal docente fue excelente.

Los cuadros y sus correspondientes comentarios fueron sometidos a la consideración de los directores de las distintas escuelas a fin de que hicieran las enmiendas o rectificaciones necesarias. Sólo dos escuelas no respondieron, lo que se interpretó como señal de aprobación. Este ma-

terial, comentado y revisado por la mayoría de las escuelas de salud pública, se ofrece más adelante. En su análisis se siguió el plan siguiente: 1) Historia de las escuelas de salud pública de la América Latina. 2) Estructura de las mismas (régimen de dependencia, medidas contenidas en convenios Ministerio-Universidad, niveles de autoridad, organismos ejecutivos y consultivos, medidas y decisiones determinadas por los reglamentos, denominación y composición de las unidades docentes). 3) Recursos humanos para la docencia e investigación (categorías académicas del personal docente, distribución del mismo según dedicación, sexo, edad y categoría profesional o técnica). 4) Facilidades y servicios (planta física, equipos docentes, servicios y facilidades generales para estudiantes, biblioteca, facilidades para prácticas de terreno). 5) Recursos financieros (presupuesto, presupuesto según fuentes de ingreso). 6) Actividades docentes de las escuelas (resumen de las actividades que se realizan, cursos dictados, carga docente, contenidos del curso, capacidad máxima admisible). 7) Los alumnos y los egresados (distribución según categoría profesional o técnica, alumnos del curso básico, alumnos extranjeros, número de graduados de los diferentes cursos). 8) Comparación con las escuelas de Estados Unidos y Canadá.

## RESULTADOS

### *1. Información histórica*

Este capítulo presenta los hechos más sobresalientes y significativos con relación al origen y a la creación de las escuelas de salud pública de la América Latina.

Es difícil establecer con precisión una fecha de origen porque habitualmente ésta se remonta a las diversas tentativas de organizar cursos de adiestramiento, institutos o laboratorios que más adelante sirvieron de base, de una manera más o menos gradual, al establecimiento de las escuelas con la estructura que presentan hoy día. No obstante, podría fijarse como fecha de origen de la institución la del comienzo del primer curso básico de salud pública para médicos, siguiendo la concepción del "Master of Public Health" (MPH) de las escuelas de Estados Unidos.

La creación y la evolución de las escuelas de salud pública de la América Latina guardan una estrecha dependencia doctrinaria con las escuelas de Estados Unidos, ya que la mayoría de los profesores latinoamericanos se han formado en Johns Hopkins, Harvard, Columbia, Chapel Hill, Ann Arbor, California, y otras.

Quizás la más antigua de las escuelas de salud pública latinoamericanas sea São Paulo, cuyo origen se remonta a 1918, dos años después de

fundada la de Johns Hopkins. Surgió con la creación de un laboratorio de higiene en virtud de un acuerdo entre la Fundación Rockefeller y la entonces Facultad de Medicina y Cirugía de São Paulo. Sus iniciadores fueron los Dres. S. T. Darling y Wilson G. Smillie, seguidos por sus contrapartes nacionales, los Dres. Geraldo H. de Souza y Francisco Borges Viera, ambos del primer grupo de graduados de Johns Hopkins. En 1924 fue reconocida oficialmente por el gobierno como Instituto de Higiene, en el cual se comenzaron a ofrecer cursos de perfeccionamiento para personal de salud. En 1931 fue reconocida como Escuela de Higiene y Salud Pública del Estado de São Paulo. En 1938 se incorporó a la Universidad del Estado, y en 1945 se transformó en la actual Facultad de Higiene y Salud Pública. De acuerdo con el criterio ya expuesto, el primer curso básico de salud pública se realizó en 1928, año fijado como el de iniciación efectiva de las actividades docentes. Hasta 1968, la Escuela de São Paulo exhibe la cifra más alta de graduados, 6.277 en total.

Simultáneamente con el desarrollo descrito en São Paulo, la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, bajo la inspiración de Carlos Chagas, inició en 1925 un curso de dos años de duración que exigía como requisito de ingreso la aprobación de un curso previo administrado por el Instituto Oswaldo Cruz. Esto podría tomarse como la iniciación de la especialización en salud pública en el Brasil. En 1941 pasó a depender de dicho Instituto y al año siguiente formó parte de un programa nacional del Ministerio de Salud. Los esfuerzos por crear una escuela con carácter nacional, ya fuera dependiente de la Universidad o del Ministerio, dieron origen, finalmente, a la creación de la Escuela Nacional de Salud Pública en 1958. En 1959 adquirió la estructura actual, dentro de la Fundación de Enseñanza Especializada en Salud Pública.

En la década de los 20, México confrontaba también la aguda necesidad de capacitar personal para el desarrollo de sus programas de salud, puestos en marcha después de la revolución. Los iniciadores, en su mayoría formados en Johns Hopkins, introdujeron el concepto de una escuela de salud pública que comenzó a funcionar en 1922. Es difícil medir el impacto que esto ha tenido en ese país a través de sus 4.910 graduados, y su fuerte contribución en el adiestramiento de alumnos extranjeros. Desde su creación hasta el momento actual ha dependido de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Cuba también ofrece un historial interesante, vinculado a la tradición dejada por Carlos Finlay y a su contribución decisiva para esclarecer la epidemiología de la fiebre amarilla a fines del siglo pasado. El Instituto que lleva su nombre fue fundado en 1927, con el propósito de dictar

cursos que se limitaron a la preparación de médicos de salud pública, enfermeros especializados y oficiales de salud en escala todavía reducida. Sólo después de la revolución, en 1959, la rápida expansión de los servicios de salud exigió el adiestramiento masivo de personal a todos los niveles. Entre 1959 y 1967 el Ministerio de Salud, con la colaboración de la Escuela adiestró 17.085 funcionarios. En 1965 se estableció en un edificio propio, con un esquema de estructura y funciones semejantes a la imagen clásica. Se dio un gran impulso a la preparación de profesores, llegando a tener unos 15 docentes a tiempo completo. En 1968 se dio un vuelco hacia un tipo de adiestramiento para el servicio que ha conducido a la configuración de la actual Dirección Nacional de Docencia, caracterizada por una identificación docente-ejecutiva y una integración de la enseñanza para estudiantes de medicina, postgraduados y de niveles intermedios.

En Puerto Rico, la creación de la Escuela de Salud Pública se identifica con su mentor espiritual, el Dr. Ashford, médico militar norteamericano que, entre otras contribuciones notables, descubrió el *Necator americanus* como el agente etiológico de la anquilostomiasis, a comienzos del siglo. De ese acontecimiento y de las actividades de investigación y control que derivaron, surgió la Escuela de Medicina Tropical, en 1923, con funciones de adiestramiento e investigación. En 1940 se iniciaron cursos para personal de salud (incluso un MPH con tres alumnos), que no tuvieron continuidad. La Escuela de Medicina fue fundada en 1950; dentro de ella el Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva asumió la responsabilidad de adiestrar personal de salud. En 1955 se reinició el curso de MPH, suspendido desde 1941, y ha continuado en un proceso de expansión hasta convertirse en un departamento de medicina preventiva, dentro del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, con todas las características funcionales de una escuela de salud pública.

Un resumen de los acontecimientos hasta comienzos de la década del 40, permite establecer que, de hecho, funcionaban dos escuelas en forma regular: São Paulo y México, si bien ambas distaban mucho de llenar las necesidades de adiestramiento en Latinoamérica. Fue entonces cuando en Chile ocurrió un hecho trascendental: el brote masivo de un grupo de hombres que han dejado huellas no sólo en su país, sino en todo el Continente. Un verdadero torrente de becarios de la Fundación Rockefeller, del Instituto Cooperativo Interamericano y de otras agencias, acudió a prepararse a Johns Hopkins, Harvard, Columbia y otras escuelas de reconocido prestigio en los Estados Unidos. Merecen citarse

los nombres de Abraham Horwitz, Hernán Romero, Gustavo Molina, Mario Pizzi, Benjamín Viel, entre los exponentes de esa generación. El número y competencia de este grupo de especialistas condujeron a la creación, en 1944, de una escuela, como resultado de esfuerzos conjuntos de la Fundación Rockefeller y el Instituto Cooperativo de Asuntos Interamericanos, el Ministerio de Salubridad y la Universidad de Chile. En 1945 se aceptaron alumnos extranjeros y siguió el proceso de expansión que la ha llevado a su condición actual, con un rendimiento de 3.398 egresados hasta 1968. En ese año, como parte de un movimiento de reforma universitaria, desapareció el concepto de "escuela de salubridad" para dar paso a una concepción integral bajo la denominación de "Departamento de Salud Pública y Medicina Social", dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Un conjunto de factores complejos ha conducido a la creación de nuevas escuelas en las décadas posteriores. Se podría mencionar la necesidad viva de capacitación en salud pública como resultado de la formulación de programas en todo el Continente; el estímulo creado por la existencia de las escuelas mencionadas, junto al impacto ejercido por sus egresados; la necesidad de adecuación de la enseñanza al idioma, a la idiosincrasia y a la problemática latinoamericanos; la política de las agencias becarias que encauzaron estudiantes hacia las nuevas escuelas alertas a las ventajas que esto significaba; una creciente comprensión por parte de los gobiernos con respecto a elevar el nivel tecnológico de los dirigentes de la salud; la creciente demanda de atención médica y el surgimiento de seguros sociales; la agresividad creadora de los departamentos de medicina preventiva en las facultades de medicina, que empezaron a producir generaciones de médicos más conscientes de su responsabilidad social.

En Venezuela, los primeros cursos de adiestramiento de personal se iniciaron en 1936. En 1942, la Universidad reconoció el título de "Médico higienista". En 1948 se creó la Sección de Preparación de Personal en la Dirección General de Salud Pública. Si se relaciona este acontecimiento con la creación de las Escuelas de Malariología y de Higiene Escolar en 1937 y la fundación de las Escuelas de Enfermería y Servicio Social en 1940, se podrá comprender la concatenación de hechos que condujo a la fundación de la Escuela de Salud Pública, el 3 de diciembre de 1958. Las actividades se iniciaron el año siguiente.

En Perú se puso en marcha un centro de capacitación del personal del Ministerio de Salud Pública en 1961. Las actividades docentes con



carácter de escuela comenzaron en 1962, hasta conducir a su fundación oficial en 1964.

En Argentina, la Universidad Nacional del Litoral organizó en 1947 una escuela de salud pública con profesorado a tiempo completo, que funcionó en Santa Fe hasta 1952, año en que se trasladó a la ciudad de Rosario. La experiencia recogida y el impacto a través de sus egresados llevaron a la fundación de las dos escuelas que se establecieron en la Capital Federal: una dependiente de la Universidad y la otra, del Ministerio de Salud Pública, entre 1958 y 1960. Ambas coexistieron en un clima de dificultades e incluso de cierta rivalidad hasta 1962, año en que se llegó a una fusión o integración bajo la dependencia de la Universidad de Buenos Aires y en estrecha colaboración con la Secretaría de Estado de Salud Pública.

De lo anterior se desprende que en las décadas del 50 y 60 se establecieron, en forma regular, las Escuelas de La Habana, San Juan de Puerto Rico, Caracas, Medellín, Lima, Buenos Aires y Río de Janeiro, no obstante que en varios casos sus orígenes arrancan de varios años más atrás. Cuatro de estas escuelas han adquirido carácter internacional por la admisión de alumnos extranjeros: São Paulo, Río de Janeiro, Santiago y San Juan de Puerto Rico, las cuales, en conjunto, adiestraron en el quinquenio 1964-68, 90% de un total de 696 estudiantes procedentes de otros países, en su mayoría becarios de la OPS. Las escuelas de creación más reciente (Buenos Aires, Caracas, Lima y Medellín) también comienzan a recibir alumnos extranjeros en proporción creciente.

Es difícil medir el impacto que estas escuelas han producido en el pensamiento y la acción de las autoridades de salud de la América Latina. En 1968, mientras en Latinoamérica se graduaron 1.579 estudiantes de las diversas categorías en un conjunto de nueve escuelas (excluido Puerto Rico), 17 escuelas de los Estados Unidos y Canadá graduaron 44 estudiantes latinoamericanos. Las cifras demuestran elocuentemente el desplazamiento masivo de estudiantes latinoamericanos a las escuelas de su propio medio y la grave responsabilidad que recae sobre ellas en cuanto a la formación de personal de salud para el Continente. Más aún si se considera que de los 44 graduados en Estados Unidos y Canadá, 25 son de Puerto Rico, escuela donde se imparte enseñanza en español y la cual por su naturaleza y cultura encuadra dentro de las escuelas latinoamericanas.

## *2. Estructura*

Como puede observarse en el Cuadro No. 1, todas las escuelas tienen más o menos un tipo de sistema que las relaciona con la Universidad y

CUADRO No. 1—*Línea de dependencia (Universidad o Ministerio) de las escuelas de salud pública, 1968.*

Escuela	Dependencia	Convenio Ministerio-Universidad
Buenos Aires	Universidad de Buenos Aires	Existe
Caracas	Ministerio de Sanidad y Asistencia Social	Existe
La Habana	Ministerio de Salud Pública	Tácito
Lima	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	No existe específico
Medellín	Universidad de Antioquia	Existe
México	Secretaría de Salubridad y Asistencia	Existe de alcance limitado
Río de Janeiro	Fundación vinculada al Ministerio de Salud	No existe
San Juan, P.R.	Universidad de Puerto Rico	Existe
Santiago	Universidad de Chile	Existe
São Paulo	Universidad de São Paulo	No existe

el Ministerio, salvo, en cierto modo, las Escuelas de México, Río de Janeiro y São Paulo cuyas líneas de dependencia con el Ministerio son más rigurosas. La Escuela de La Habana mantiene una identificación total Ministerio-Universidad, derivada de la identidad docente-ejecutiva y de la responsabilidad docente entregada a diversos establecimientos de servicios (hospitales y policlínicos integrales docentes).

En el Cuadro No. 2 se dan las medidas fundamentales establecidas en

CUADRO No. 2—*Medidas fundamentales establecidas en las escuelas sujetas a convenio Ministerio-Universidad.*

Medidas	Escuelas con Convenio Ministerio-Universidad				
	Buenos Aires	Caracas	Medellín	San Juan, P.R.	Santiago
Co-participación presupuestaria	sí	no	sí	sí	sí
Composición mixta del personal docente	no	no	no	sí	sí
Co-dirección administrativa	no	no	no	sí	no
Selección conjunta de alumnos	sí	sí	no	no	sí *

\* Limitada a funcionarios del Servicio Nacional de Salud.

CUADRO NO. 3—*Niveles de autoridad existentes por encima del director de las escuelas de salud pública, según dependencia, 1968.*

Escuela	Dependencia	Nivel I	Nivel II	Nivel III
Buenos Aires	Universidad	Rector	Decano de la Facultad	—
Caracas	Universidad *	Ministro	Director General	—
La Habana	Ministerio	Ministro	Vice-Ministro de Docencia	Director Nacional de Docencia
Lima	Ministerio	Director del SESP †	—	—
Medellín	Universidad	Rector	Decano	—
México	Ministerio	Secretario de Salud	Subsecretario	Director de Educación Profesional de Salud Pública
Río de Janeiro	Ministerio	Ministro	Presidente de la Fundación	—
San Juan, P.R.	Universidad	Presidente	Rector del Recinto	Decano, Escuela de Medicina
Santiago	Universidad	Rector	Decano de la Facultad	—
São Paulo	Universidad	Rector	—	—

\* En Venezuela las actividades de la Escuela de Salud Pública están estrechamente ligadas al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

† Servicio Especial de Salud Pública.

CUADRO No. 4—*Organismos ejecutivos y consultivos en las escuelas de salud pública, 1968.*

Escuela	Número de consejos, comités o comisiones	
	Ejecutivos	Consultivos o asesores
Buenos Aires	3	2
Caracas	2	5
La Habana	3	4
Lima	3	2
Medellín	1	25
México	3	1
Río de Janeiro	2	—
San Juan, P.R.	5	7
Santiago	2	4
São Paulo	2	3

las escuelas sujetas a convenio Ministerio-Universidad (Buenos Aires, Caracas, Medellín, San Juan de Puerto Rico y Santiago). En Cuba la unidad de propósitos del Ministerio de Salud Pública y la Universidad, la identificación docente-ejecutiva y el concepto de la Dirección Nacional de Docencia establecen un convenio tácito que hace innecesaria una expresión escrita. En Perú existe un convenio amplio entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la Asociación de Facultades de Medicina y la OPS, que en cierta manera incluye la Escuela de Salud Pública, si bien no específicamente.\* En México hay un convenio, firmado en 1959, que establece los términos de co-participación presupuestaria en el desarrollo del curso de administración de hospitales.

En el Cuadro No. 3 aparecen descritos los diversos niveles de autoridad para las diversas escuelas. En Venezuela existe una duplicidad de líneas de dependencia: una que podría llamarse formal, dentro de la estructura universitaria, y otra de tipo ejecutivo estrechamente ligada al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. En Perú se da una situación propia derivada de la existencia de un organismo autónomo: el Servicio Especial de Salud Pública (SESP), cuyo Director representa la autoridad máxima en la línea ejecutiva y de la Escuela.\*

En Brasil la Escuela de Río de Janeiro funciona dentro de una fundación autónoma (Fundación de Enseñanza Especializada de Salud Pública), cuyo Presidente es designado por el Presidente de la República.

\* Esta situación está actualmente en revisión por parte del Gobierno del Perú a la luz de las nuevas estructuras de la administración pública y de la universidad en ese país.

CUADRO NO. 5—Medidas y decisiones determinadas por los reglamentos en las escuelas de salud pública, 1968.

Tipo de medida o decisión	Buenos Aires	Caracas	La Habana	Lima	Medellín	México	Río de Janeiro	San Juan, P.R.	Santiago	São Paulo
Promoción del personal docente	x	—	x	—	x	—	—	x	x	x
Nombramiento del jefe de la unidad docente	x	—	x	x	x	—	—	x	x	x
Planes de estudio en cada curso	x	—	—	x	—	x	x	x	x	x
Programas de cada asignatura	—	—	—	x	—	x	—	—	—	—
Presupuesto por unidad docente	—	—	x	—	—	—	—	x	—	—
Creación de nueva unidad docente	—	—	x	—	x	—	—	x	x	—
Introducción de nuevas técnicas y métodos de enseñanza en una asignatura	—	—	—	—	x	x	—	—	x	—
Cursos que se darán en un año lectivo	—	—	x	—	—	x	—	x	—	x
Introducción de una nueva asignatura	x	—	x	—	x	x	—	—	—	—
Número de alumnos nacionales y extranjeros por curso	—	—	x	—	x	x	—	—	—	—
Reducción o incremento de horas de enseñanza por asignatura	—	—	—	—	x	x	—	—	—	—
Convenios y contratos con instituciones nacionales y extranjeras	x	—	x	—	x	x	—	x	—	—
Duración (horas-alumno) por curso	—	—	x	—	x	x	—	x	—	x
Presupuesto global de la escuela	—	—	x	—	—	x	—	x	x	—

Todas las escuelas poseen cuerpos ejecutivos a los cuales responde el Director y un número variable de comisiones asesoras o consultivas para diversos propósitos (selección, biblioteca, etc.) (véase el Cuadro No. 4).

Al examinar el Cuadro No. 5, en el cual se exponen las medidas y decisiones según los reglamentos, se observa que las escuelas aparecen situadas entre dos extremos: las que tienden a regirse fundamentalmente por disposiciones reglamentarias y las que dependen completamente de las decisiones del Director.

En el Cuadro No. 6 se advierte una tendencia general hacia la estructura por departamentos, los cuales se subdividen en secciones funcionales.

CUADRO No. 6—*Estructura de las escuelas de salud pública, 1968.*

Tipo de estructura	Escuela
Departamentos exclusivamente:	
a) Constituidos por cátedras	Caracas, São Paulo
b) Constituidos por secciones	Buenos Aires, La Habana, Lima, Medellín, México, Río de Janeiro
Cátedras (o secciones) coexisten con departamentos:	Santiago, San Juan, P.R.

El número, jerarquía y cobertura de las unidades docentes hace difícil un análisis comparativo (véase el Cuadro No. 7). En algunas escuelas el curso de administración en salud abarca administración hospitalaria, mientras que en otras constituye una unidad separada. Lo mismo ocurre con estadística y epidemiología. Llama la atención el número y la denominación de las unidades docentes en Puerto Rico, en donde coexisten unidades por sector del conocimiento (por ejemplo, bioestadística); por categoría profesional (enfermería), o por responsabilidad de curso (maestría en salud pública).

### 3. *Recursos humanos*

Con excepción de la de Caracas, las escuelas de salud pública presentan una gran variedad en las categorías de su personal docente (véase el Cuadro No. 8). El Cuadro No. 9 da a conocer la categoría profesional o técnica establecida entre 502 docentes de las escuelas encuestadas. Se halló que el 47,6% de ellos eran médicos.

Se hallaron algunas dificultades para interpretar las variaciones locales de vocabulario con respecto a dedicación (tiempo completo, geo-

CUADRO No. 7—Número y composición de las unidades docentes, 1968.

Escuela	Denominación de las unidades docentes	Número de docentes según dedicación		
		Completo	Parcial	Total
Buenos Aires	1. Administración de la salud	4	9	13
	2. Atención médica y administración hospitalaria	1	11	12
	3. Bioestadística	1	17	18
	4. Epidemiología	1	6	7
	5. Higiene y saneamiento ambiental	—	3	3
	6. Odontología sanitaria	1	1	2
	7. Salud materna e infantil	—	5	5
	Total	8	52	60
Caracas	1. Administración sanitaria	6	—	6
	2. Administración de hospitales	2	1	3
	3. Ciencias sociales y educación sanitaria	3	—	3
	4. Epidemiología	2	2	4
	5. Estadística	3	—	3
	6. Nutrición	3	—	3
	7. Saneamiento ambiental	3	—	3
	Total	22	3	25
La Habana	1. Administración de salud pública	—	50	50
	2. Epidemiología	—	24	24
	3. Higiene	—	32	32
	Total	—	106	106
Lima	1. Administración de salud pública	3	—	3
	2. Educación sanitaria y ciencias sociales	1	—	1
	3. Enfermería	6	—	6
	4. Epidemiología y estadística	5	—	5
	5. Salud de madre y niño	1	—	1
	6. Saneamiento ambiental	5	—	5
	Total	21	—	21
Medellín	1. Administración de salud	10	1	11
	2. Ciencias sociales	3	—	3
	3. Epidemiología	8	—	8
	4. Estadística	5	—	5
	5. Saneamiento ambiental	3	—	3
	Total	29	1	30
México	1. Administración en salud pública	4	—	4
	2. Administración de hospitales y atención médica	2	2	4
	3. Ciencias sociales	1	—	1
	4. Enfermería en salud pública	3	—	3
	5. Epidemiología y estadística	5	2	7
	6. Saneamiento ambiental	3	—	3
	Total	18	4	22
Río de Janeiro	1. Administración de salud	6	—	6
	2. Ciencias biológicas	6	—	6
	3. Ciencias sociales	9	—	9
	4. Epidemiología	3	—	3
	5. Estadística	5	—	5
	6. Metodología del planeamiento	3	1	4
	7. Saneamiento	6	—	6
	Total	38	1	39

CUADRO No. 7—Cont.

Escuela	Denominación de las unidades docentes	Número de docentes según dedicación		
		Completo	Total	Parcial
San Juan, P.R.*	1. Administración de servicios de salud	1	1	2
	2. Administración en salud pública a estudiantes de medicina	5	4	9
	3. Bioestadísticas	5	—	5
	4. Demografía	5	—	5
	5. Educación sanitaria	5	1	6
	6. Enfermedades crónicas	—	2	2
	7. Enfermería	11	1	12
	8. Epidemiología	1	—	1
	9. Maestría en salud pública	4	7	11
	10. Nutrición	2	—	2
	11. Planificación de servicios de salud	3	1	4
	12. Records médicos	1	2	3
	13. Salud ambiental	5	4	9
	14. Salud de madre y niño	6	12	18
	15. Salud radiológica	—	10	10
	Total	54	45	99
Santiago †	1. Administración en salud pública	10	3	13
	2. Alimentación	10	2	12
	3. Bioestadística	12	3	15
	4. Epidemiología	3	3	6
	5. Enfermedades infecciosas	—	9	9
	6. Higiene industrial	1	4	5
	7. Higiene materna e infantil	3	4	7
	8. Ingeniería sanitaria	2	3	5
	9. Microbiología	4	4	8
	10. Organización de atención médica y administración hospitalaria	2	8	10
	11. Salud pública veterinaria	—	2	2
	12. Departamento de estudios	6	2	8
	Total	53	47	100
São Paulo	1. Administración en salud pública	13	8	21
	2. Administración hospitalaria	2	5	7
	3. Enfermedades transmisibles	3	8	11
	4. Epidemiología	3	—	3
	5. Estadísticas aplicadas a salud pública	8	3	11
	6. Higiene materna e infantil	2	4	6
	7. Higiene del trabajo	1	2	3
	8. Microbiología aplicada	1	5	6
	9. Nutrición e higiene alimentaria	5	3	8
	10. Parasitología e higiene rural	6	4	10
	11. Saneamiento del medio	5	5	10
	Total	49	47	96

\* Se excluyen 16 profesores de la Escuela de Medicina (bacteriología y parasitología).

† Se excluyen la Cátedra de Parasitología de la Escuela de Medicina, profesores del Servicio Nacional de Salud y otros.



CUADRO NO. 8—Categorías académicas del personal docente en las escuelas de salud pública.

Escuela	Nivel académico (de menor a mayor)	Método de nombramiento
Buenos Aires	1. Auxiliar 2. Jefe de sección 3. Encargado de docencia y/o investigación 4. Jefe de división 5. Jefe de departamento	Concurso Concurso Designación Concurso Concurso
Caracas	No existe carrera docente	
La Habana	1. Instructores de secciones de asignaturas 2. Auxiliares de secciones de asignaturas 3. Titulares de secciones de asignaturas 4. Jefes de asignaturas 5. Responsables de cursos 6. Responsables de unidades docentes 7. Jefes de grupos docentes especiales	Designación Designación Designación Designación Designación Designación Designación
Lima	1. Ayudante de práctica 2. Profesor adjunto 3. Profesor asociado 4. Profesor principal	Concurso Concurso Concurso Concurso
Medellín	1. Instructor 2. Auxiliar 3. Agregado 4. Profesor 5. Profesor titular	Designación Designación Designación Designación Designación *
México	1. Ayudante 2. Instructor 3. Profesor asociado 4. Profesor titular	Designación Designación Designación Designación
Río de Janeiro	1. Practicante de enseñanza 2. Auxiliar de enseñanza 3. Asistente 4. Adjunto 5. Titular	Designación Designación Designación Designación Designación
San Juan, P.R.	1. Conferenciante ( <i>ad-honorem</i> ) 2. Instructor 3. Catedrático auxiliar 4. Asociado 5. Profesor	Designación Designación Designación Designación Designación
Santiago	1. Encargado de curso 2. Profesor auxiliar 3. Profesor agregado 4. Profesor extraordinario 5. Profesor titular	Designación Designación Designación Concurso Concurso
São Paulo	1. Instructor  2. Profesor asistente doctor 3. Profesor asistente docente 4. Profesor asociado 5. Catedrático	Designación por profesor Concurso Concurso Concurso Concurso

\* A partir de Auxiliar se requiere trabajo de investigación. Existen además los niveles de Profesor asociado y Auxiliar de docencia.

CUADRO NO 9.—*Distribución del personal docente por profesiones, 1968.\**

Categoría profesional o técnica	Buenos Aires	Caracas	La Habana	Lima	Medellín	México	Río de Janeiro	San Juan, P.R.	Santiago	São Paulo	Total
Médicos	43	14	28	6	7	10	11	10	49	63	241
Estadísticos y matemáticos	13	1	2	3	4	2	4	6	7	3	45
Enfermeras	—	2	4	6	4	3	3	11	5	2	40
Ingenieros	1	1	1	2	1	1	5	2	6	17	37
Científicos sociales	—	2	4	—	1	1	4	7	3	5	27
Dentistas	2	—	2	—	2	1	1	—	1	6	15
Nutricionistas	—	2	1	—	4	—	—	2	3	1	13
Químicos-farmacéuticos	—	—	—	—	—	2	3	—	5	3	13
Técnicos en saneamiento	1	1	3	3	2	1	—	—	1	—	12
Educadores sanitarios	—	—	—	1	1	—	—	5	1	3	11
Veterinarios	—	1	2	—	1	—	2	—	2	3	11
Administradores	—	1	—	—	1	1	—	2	3	—	8
Pedagogos	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	7
Parteras †	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
Demógrafos	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	3
Otros §	—	—	2	—	2	—	6	1	4	4	19
Total	60	25	49	21	30	22	39	48	100	110	502

\* Dato obtenido entre 502 profesores.

† En algunos países se les denomina obstétrices y en otros, matronas.

§ Incluye biólogos, físicos, economistas, arquitectos, especialistas en registros médicos, filósofos, etc.

CUADRO NO. 10—*Distribución del personal docente según tipo de dedicación, 1968.\**

Escuela	Número de docentes según dedicación			Porcentaje con dedicación exclusiva
	Exclusiva †	Parcial §	Total	
Buenos Aires	8	52	60	13,3
Caracas	23	2	25	92,0
La Habana	—	49	49	—
Lima	21	—	21	100,0
Medellín	14	16	30	46,7
México	14	8	22	68,0
Río de Janeiro	38	1	39	97,4
San Juan, P.R.	49	47	96	51,0
Santiago	53	47	100	53,0
São Paulo	25	86	111	22,8
Total	245	308	553	44,3

\* Dato obtenido entre 553 profesores.

† Incluye tiempo completo con dedicación exclusiva.

§ Incluye tiempo completo sin dedicación exclusiva, tiempo parcial.

gráfico, integral con o sin dedicación exclusiva, parcial, por horas, etc.). El Cuadro No. 10 presenta datos sobre 553 profesores y los agrupa bajo dedicación exclusiva y dedicación parcial, sea cual fuere el tiempo de dedicación de este segundo grupo. En cuanto a la Escuela de La Habana debe aclararse que la fusión docente-ejecutiva excluye la posibilidad de dedicación exclusiva docente, aun cuando los profesores están dedicados por completo a su función pública. La Escuela de Lima sólo clasificó al personal docente de tiempo completo, si bien suministró una lista considerable de colaboradores que forman parte del Ministerio y no tienen dedicación permanente a la docencia. Hechas estas aclaraciones, en el Cuadro No. 10 se puede observar que el personal docente de tiempo completo y dedicación exclusiva en las escuelas de salud pública es más bien reducido, habiendo dentro de esta categoría sólo 245 personas, lo cual representa el 44% del personal docente de todas las escuelas.

En el Cuadro No. 11 se da la distribución del personal docente por edad. Se separa en dos grandes grupos: menores y mayores de 40 años de edad. Los profesores de las escuelas de creación más reciente son, por lo general, más jóvenes que los de las escuelas más antiguas.

El Cuadro No. 12 señala la distribución del personal docente por

CUADRO NO. 11—*Distribución del personal docente según edad, 1968.\**

Escuela	Menos de 40 años de edad	40 y más años de edad	Total	Porcentaje con menos de 40 años de edad
Buenos Aires	37	23	60	62
Caracas	17	9	26	65
La Habana	32	17	49	65
Lima	13	8	21	62
Medellín	25	5	30	83
México	11	11	22	50
Río de Janeiro	32	7	39	83
San Juan, P.R.	17	35	52	33
Santiago	50	50	100	50
São Paulo	39	72	111	35
Total	273	237	510	53

\* Dato obtenido entre 510 profesores.

sexo, con un promedio general del profesorado masculino, salvo Puerto Rico cuya información aparece incompleta.

CUADRO NO. 12—*Distribución del personal docente según sexo, 1968.*

Escuela	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje sexo masculino
Buenos Aires	41	19	60	68
Caracas	20	6	26	77
La Habana	37	12	49	76
Lima	15	6	21	71
Medellín	20	10	30	67
México	19	3	22	86
Río de Janeiro	30	9	39	77
San Juan, P.R.*	17	35	52	33
Santiago	60	40	100	60
São Paulo	89	22	111	80
Total	348	162	510	68

\* Datos incompletos.

#### 4. Facilidades y servicios

El Cuadro No. 13 muestra de un modo general que fuera de Río de Janeiro la planta física de las demás escuelas es muy reducida; disponen,

CUADRO NO. 13—*Información sobre la planta física de las escuelas de salud pública, 1968.*

Escuela	Propiedad del edificio	Area en m <sup>2</sup>	Año de construcción
Buenos Aires	Compartido	1.029	1942-1968
Caracas	Propio	1.357	1966
La Habana <sup>1</sup>	Propio	—	—
Lima	Alquilado	1.060	1940
Medellín <sup>2</sup>	Propio	1.400	Siglo XIX
México	Compartido	Ignorado	Ignorado
Río de Janeiro	Propio	14.000	1966
San Juan, P.R. <sup>3</sup>	Compartido	1.500	1950
Santiago <sup>4</sup>	Compartido	2.483	1945
São Paulo <sup>5</sup>	Propio	6.122	1931

<sup>1</sup> La Escuela hace uso de un complejo constituido por 15 hospitales, 19 policlínicos y otros.

<sup>2</sup> Nuevo edificio planeado y financiado para 1970. La Universidad de Antioquia aporta un lote de 3.500 m<sup>2</sup>, evaluado en 65.000,00 dólares. La construcción costará 160.000,00 dólares, y se proyecta una planta de 4.600 m<sup>2</sup>.

<sup>3</sup> Ocupará en 1970 el 4º piso del edificio de ciencias médicas, en construcción.

<sup>4</sup> Con un préstamo del BID de 1.250.000,00 dólares se está habilitando un edificio propio de 7.000 m<sup>2</sup> para 1969.

<sup>5</sup> Debe considerarse, además, el Servicio Especial de Salud de Araraquara, cuyos terrenos y edificios tienen un valor aproximado de 75.000,00 dólares.

en promedio, de unos 2,200 m<sup>2</sup>. Como consecuencia de esta situación, tres de las escuelas tienen planeados y ya en vías de construcción nuevos edificios, con una planta más satisfactoria. Otra escuela (Lima) planea la construcción de un edificio propio, ya que, además de la estrechez actual, es la única que tiene alquilada una propiedad que ha sido habilitada, pero que aun adolece de serias limitaciones.

En relación con el Cuadro No. 14, el total de asientos en aulas y salas de seminarios es superior al número de alumnos en todas las escuelas, siendo más notable esta diferencia en las Escuelas de México, Río de Janeiro, San Juan de Puerto Rico y São Paulo. Sin embargo, en la mayoría de las escuelas vimos realizar seminarios en las oficinas de los profesores y en un caso tuvimos oportunidad de observar un grupo considerable de alumnos realizando un examen escrito en la cafetería. Esta situación podría significar una distribución inadecuada de horarios y de espacio físico.

El Cuadro No. 15 muestra el número de metros cuadrados por número de asientos en cada escuela. Si se considera que el espacio por

CUADRO NO. 14—*Capacidad de las escuelas de salud pública (datos estimados), 1968.\**

Escuela	Número de asientos		Total
	Aulas	Salas seminarios	
Buenos Aires	257	50	307
Caracas	255	—	255
Lima	180	—	180
Medellín	250	—	250
México	366	—	366
Río de Janeiro	178	175	353
San Juan, P.R.	654	—	654
Santiago	200	150	350
São Paulo	511	90	601
Total	2.851	465	3.316

\* Se excluye La Habana por su organización especial.

CUADRO NO. 15—*Espacio disponible en las escuelas de salud pública (en metros cuadrados por alumno sentado), 1968.\**

Escuela	Area útil en m <sup>2</sup>	Número de alumnos sentados	m <sup>2</sup> por alumno
Buenos Aires	1.029	307	3,3
Caracas	1.357	255	5,3
Lima	1.060	180	5,8
Medellín	1.400	250	5,6
México	?	366	?
Río de Janeiro	14.000	353	39,6
San Juan, P.R.	1.500	654	2,2
Santiago	2.483	350	7,1
São Paulo	6.122	601	10,2
Total	28.957	2.950 †	9,8 †

\* Dato que no es posible calcular para La Habana.

† Excluido México. Si se excluye también Río de Janeiro, por su planta excepcional, el promedio de metros cuadrados por alumno baja a 5.

CUADRO NO. 16—*Inversión en equipos en las escuelas de salud pública (estimado), 1968. (Laboratorio, audiovisuales, reproducción de material docente, vehículos y otros.)*

Escuela	Valor de equipos inventariables (en dólares)
Buenos Aires	33.896
Caracas	6.500
La Habana	20.000
Lima	51.716
Medellín	70.850
México	No informado
Río de Janeiro	70.447
San Juan, P.R.*	11.118
Santiago	57.879
São Paulo	80.000

\* Información incompleta.

cada asiento en las aulas debe ser de un metro cuadrado y que el mismo valor en salas de seminario debe ser de unos tres metros cuadrados, se podría concluir que en algunos casos el área disponible para otras dependencias (oficinas, pasillos, etc.), es muy pequeña o inexistente. Cabe hacer presente, además, que las Escuelas de San Juan de Puerto Rico y Santiago comparten el mismo espacio con alumnos de otras escuelas (medicina, enfermería, etc.).

La estimación y comparación de las inversiones en equipos docentes presentan enormes dificultades debido a la variación local de costos, depreciación, heterogeneidad de equipos y, además, al uso de equipos proporcionados por otras instituciones. Varias escuelas utilizan las facilidades de laboratorio de la escuela de medicina, institutos conexos, ministerios, etc. Las estimaciones anotadas en el Cuadro No. 16 demuestran que el conjunto de equipos, de un modo general, es de escala modesta si se considera la importancia de una escuela de salud pública.

El número y tipo de servicios generales en las escuelas visitadas son muy variables como puede observarse en el Cuadro No. 17. Salvo excepciones, la atención médica obedece más bien a mecanismos de buena voluntad que a estructuras bien dotadas. Lo mismo podría decirse de los servicios restantes a pesar de los esfuerzos hechos por mejorarlos.

El Cuadro No. 18 muestra que siete de las escuelas tienen su propia biblioteca en tanto que las otras tres utilizan las facilidades bibliográficas de otras instituciones (escuelas de medicina).

CUADRO No. 17—*Algunos servicios y facilidades generales para estudiantes en las escuelas de salud pública, 1968.*

Servicio	Buenos Aires	Caracas	La Habana	Lima	Medellín	México	Río de Janeiro	San Juan, P.R.	Santiago	São Paulo
Atención médica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Restaurante-cafetería	—	—	x	—	x	—	x	x	x	x
Salas de recreo	—	x	x	—	—	—	x	x	x	x
Salas de estudio	—	—	x	—	—	—	x	x	—	x
Correo	—	x	x	x	x	x	—	x	x	x
Vehículos para alumnos	—	x	x	x	x	x	x	—	x	x
Relacionador público	—	—	—	—	x	—	x	x	x	x
Tutores de alumnos	—	x	—	—	x	x	—	x	—	x



CUADRO NO. 18—*Facilidades de biblioteca en las escuelas de salud pública.*

Escuela	Propia o compartida	No. de libros	No. de revistas	Bibliotecarias profesionales	No. de asistentes
Buenos Aires	Propia	1.692	44	1	1
Caracas	Propia	2.000	60	1	1
La Habana	Propia	2.500	—	2	1
Lima	Propia	2.475	80	—	1
Medellín *	Compartida	17.000	1.300	—	—
México	Compartida	15.000	50	1	4
Río de Janeiro	Propia	10.897	634	3	—
San Juan, P.R.*	Compartida	18.500	1.307	11	1
Santiago	Propia	10.300	210	2	1
São Paulo	Propia	17.285	1.485	4	5

\* Se indican los libros y revistas propios.

Todas las bibliotecas propias de las escuelas de salud pública cuentan con menos de 2.500 libros de texto, excepto la de Santiago que tiene 10.500 y la de São Paulo, 17.285. El número de publicaciones periódicas recibidas regularmente por cada una de esas bibliotecas varía entre 44 en el caso de Buenos Aires, y 1.485, en el de São Paulo. En cuanto a su personal puede decirse que todas ellas tienen por lo menos los servicios de un profesional y de un asistente.

Si bien las escuelas en su mayoría cuentan con servicios técnicos generales, el número y calidad de éstos son muy variables; salvo excepciones, se podrían considerar limitados (véase el Cuadro No. 19).

CUADRO NO. 19—*Servicios técnicos generales en las escuelas de salud pública.*

Escuela	Fotografía	Traducción	Material gráfico	Personal (Total)
Buenos Aires	x	x	x	4
Caracas	—	x	x	1
La Habana	x	x	x	*
Lima	—	—	x	1
Medellín	x	x	x	3
México	x	—	x	3
Río de Janeiro	x	x	x	19
San Juan, P.R.	x	x	x	5
Santiago	—	†	x	1
São Paulo	—	—	x	3

\* Ministerio de Salud Pública.

† Cuenta además con un equipo de traducción simultánea.

Como puede observarse en el Cuadro No. 20, algunas escuelas disponen de cualquier área del país para las prácticas de terreno de sus estudiantes; en otras estas facilidades están limitadas. Es dado señalar que en este aspecto existen otros problemas como la escasez de profesores en las funciones de terreno, el grado de madurez de las estructuras en los servicios de salud y el tiempo que en realidad los alumnos pueden dedicar a observaciones y prácticas de campo, que el cuadro no podría reflejar. Las áreas de demostración varían considerablemente en tamaño y complejidad: comprenden éstas desde servicios locales de salud hasta extensas regiones de cientos de miles de habitantes.

##### 5. Recursos financieros

A pesar de lo incompleto de los datos en el Cuadro No. 21 se advierte una tendencia general al aumento del presupuesto, en proporciones variables. La diferencia de una a otra escuela es muy marcada.

CUADRO NO. 20—Facilidades para práctica de terreno en las escuelas de salud pública 1968.

Características de las actividades	Buenos Aires	Caracas	La Habana	Lima	Medellín	México	Río de Janeiro	San Juan, P.R.	Santiago	São Paulo
Permanentes	—	—	x	—	—	x	x	x	—	x
Periódicas	x	x	—	x	x	x	—	—	x	—
Áreas de demostración y número *	8	x	1	x	1	x	2	1	x	2
Fijas	—	—	x	—	x	—	x	x	x	x
Opcionales	x	x	—	x	x	x	—	—	—	—
Nivel: Nacional	x	x	x	x	x	x	—	—	x	—
Regional-zonal	x	x	x	x	x	x	—	x	x	x
Local	x	x	x	x	x	x	x	x	x	—
Tipo: Urbano	x	—	—	x	x	—	x	—	—	x
Urbano-rural	x	x	x	—	x	x	x	x	x	x
Personal: de salud con responsabilidad docente	x	x	x	x	—	—	x	x	x	x
Docente con responsabilidad de terreno	x	—	x	x	x	x	—	x	x	x

\* La x indica el número y la ubicación de las áreas de demostración.

CUADRO No. 21—*Presupuesto de las escuelas de salud pública para los años 1966, 1967 y 1968.*

Escuela	Presupuesto anual *		
	1966	1967	1968
Buenos Aires	—	121.300	168.571
Caracas †	—	368.100	368.100
La Habana	67.414	118.551	1.068.043
Lima †	—	220.302	245.313
Medellín	68.000	150.000	200.000
México †	114.575	195.787	191.315
Río de Janeiro	795.747 (1966-67)	1,356.758 (1967-68)	1.550.862 (1968-69)
San Juan, P.R.	1.202.996 (1965-66)	1.435.830 (1966-67)	1.541.820 (1967-68)
Santiago †	—	511.398	—
São Paulo	900.000	1.220.000	1.241.300

\* Expresado en dólares.

† Existen otros aportes difíciles de cuantificar: vehículos, reparaciones, mantenimiento, etc., del Ministerio de Salud Pública.

La Escuela de Río de Janeiro tiene un presupuesto que representa casi diez veces el de la Escuela de Buenos Aires. Sin embargo, estas cifras no deben llevar a rápidas interpretaciones porque algunos ingresos o aportes no aparecen en el cuadro; por ejemplo, gastos por consumo de electricidad, reparaciones, vehículos, equipos, mantenimiento. En la mayoría de los casos estos gastos están sufragados por el Ministerio, y no se pudieron clasificar ni cuantificar.

A pesar de la limitación de los datos obtenidos, se procuró estimar la distribución porcentual de las fuentes de ingreso de las escuelas, la cual, dicho sea de paso, ofrece variaciones considerables. Los datos se agrupan en las cinco categorías mayores que aparecen en el Cuadro No. 22.

## 6. *Actividades docentes*

Todas las escuelas dedican atención preferente a los cursos académicos y cortos, tarea que consume más o menos el 80% del tiempo de la enseñanza (véase el Cuadro No. 23). Esta situación disminuye la posibilidad de realizar investigaciones en la escala requerida para una buena enseñanza. Tres escuelas declararon no disponer de tiempo para dedi-

CUADRO NO. 22—*Presupuesto de las escuelas de salud pública y distribución porcentual según fuentes de ingreso, 1968.\**

	Buenos Aires	Caracas	La Habana	Lima	Medellín	México	Río de Janeiro	San Juan, P.R.	Santiago	São Paulo
<b>Presupuesto total</b>	<b>168.571</b>	<b>368.100</b>	<b>1.068.043</b>	<b>245.313</b>	<b>200.000</b>	<b>191.315</b>	<b>1.550.862</b>	<b>1.541.820</b>	<b>511.398</b>	<b>1.241.300</b>
<b>Fuentes de ingreso:</b>										
Gubernamentales	8	96	100	71	79	100 †	84	23	3	—
Universidad	66	—	—	—	13	—	—	6	82	95
Donaciones nacionales	13	—	—	10	—	—	0,2	—	—	—
Donaciones foráneas	12	4	—	17	1	—	13,4	69	13	5
Otras (matrículas, etc.)	1	—	—	2	7	—	2,4	3	2	—

\* Cifras aproximadas.

† Información incompleta.

CUADRO NO. 23—Cuadro-resumen de las funciones que se realizan en las escuelas de salud pública, 1968.

[illegible]

CUADRO No. 24—*Cursos que se dictan en las escuelas de salud pública, 1968.*

Escuela	Nombre de los cursos	Número de alumnos	Duración (Meses)	Horas-alumno *
Buenos Aires	1. Diplomados en salud pública	47	9	1.069
	2. Organización y administración hospitalaria	88 (3 cursos)	4	600
	3. Técnicos en estadísticas aplicadas a salud pública	83	9	1.100
	4. Administración sanitaria para funcionarios administrativos en servicios de salud	28	4	450
	5. De post-gradó en salud materna e infantil	10	4	400
	Total	256		265.943
Caracas	1. Maestría en salud pública	36	11	1.766
	2. Medio de clínicas sanitarias	11	4½	780
	3. Educación avanzada en enfermería	20	11	1.140
	4. Metodología de planificación en salud	25	5 semanas	220
	5. Diversificado de administración de hospitales	13	8	1.238
	6. Inspección sanitaria	20	10	1.524
	7. Intendencia de hospitales	12	11	1.427
	8. Diversificado de epidemiología	9	7	1.092
	Total	146		173.982
La Habana	1. Organización y administración de salud pública	19	11	1.860
	2. Enfermería de terreno	41	11	1.860
	3. Trabajadores sanitarios	78	11	1.860
	4. Estadísticos de segundo nivel	30	11	1.860
	Total	168		7.440
Lima	1. Regular de salud pública para médicos	25	12	1.684
	2. Enfermería de salud pública	12	5	700
	3. Administración de servicios integrados de enfermería	28	10	1.400
	4. Educación en enfermería	9	10	1.400
	5. Orientación en salud pública para médicos	15	3½	570
	6. Administración de atención médica y hospitalaria	12	8	1.281
	7. Técnicos en estadísticas de salud y en registros de atención médica	19	8	1.200
	8. Inspectores de saneamiento	11	6	810
	Total	131		155.132
Medellín	1. Maestría en salud pública para médicos	17	10	1.390
	2. Doctorado en salud pública	4	33	4.000
	3. Salud pública para veterinarios (Parte común con 1)	3	10	1.390
	4. Administración de servicios de enfermería (Planeado para 1969)	—	10½	1.568

\* El total de horas-alumno se ha calculado multiplicando, para cada curso, las horas por el número de alumnos. La suma total aparece al pie de cada columna. (Ejemplo: Río de Janeiro).

CUADRO No. 24—Cont.

Escuela	Nombre de los cursos	Número de alumnos	Duración (Meses)	Horas-alumno *
México	5. Diversificación de registros médicos y hospitalarios	32	3½	628
	6. Administración en atención médica y hospitalaria	25	10 semanas	409
	7. Epidemiología y control de tuberculosis	11	2	335
	8. Planificación de la salud (2 cursos)	31	2	312
	9. Orientación en odontología sanitaria	20	3	419
	10. Asistentes en administración de servicios de salud	26	10	1.540
	11. Estadísticos de nivel intermedio en salud pública	24	7	1.132
	12. Promotores de saneamiento	28	6	988
	Total	221		190.730
	1. Maestría en salud pública y administración médica	47	10	1.563
	2. Especialización en infectología de salud pública	3	32	5.779
	3. Especialización en administración de salud pública	2	32	4.773
	4. Maestría en salud pública y administración de hospitales	7	10	1.575
	5. Especialización en administración de hospitales y atención médica	—	21½	3.127
	6. Administración de hospitales para personal no médico	1	21½	1.575
	7. Enfermería en salud pública	23	10	1.011
	8. Técnicos en saneamiento	12	10	1.599
	9. Técnicos en estadísticas	16	10	1.602
	10. Auxiliar de laboratorio	19	4	500
	11. Administración de centros de salud	26	4	668
	Total	156		189.737
Río de Janeiro	1. Maestría en salud pública (Multiprofesional)	58	10	67.355
	2. Malaria	22	4	11.934
	3. Fisiología clínica y sanitaria	17	5	8.415
	4. Especialización en administración de asistencia médica	20	4	10.000
	5. Especialización en planeamiento del sector salud	22	4	11.083
	6. Técnicas de laboratorio	16	6	14.080
	7. Iniciación en parasitología aplicada	9	3	3.105
	8. Iniciación en virología aplicada	8	2	1.824
	9. Ingeniería de mantenimiento hospitalario	9	2	2.079
	Total	181		129.875
San Juan, P.R.	1. Maestría en salud pública	14	9½	935
	2. Maestría en administración de servicios de salud	21	9	792
	3. Maestría en educación en salud pública	29	10	918



CUADRO No. 24—Cont.

Escuela	Nombre de los cursos	Número de alumnos	Duración (Meses)	Horas-alumno •
Santiago (Graduados, 1967)	4. Maestría en salud ambiental	8	9	792
	5. Maestría en demografía	4	7	684
	6. Maestría en ciencias de la salud con conocimiento en nutrición	6	9	920
	7. Maestría en ciencias en salud radiológica	6	8	768
	8. Maestría en enfermería	32	10	1.100
	9. Maestría en planificación de servicios de salud	6	2 años	1.152
	10. Diploma de profesor en ciencias de records médicos	6	11	1.170
	11. Bachillerato en ciencias de enfermería	17	4 años	2.250
	12. Para enfermeras graduadas de Latinoamérica	8	10	594
	Total	157		148.553
	1. Licenciados en salubridad	37	9½	1.230
	2. Administración de servicios de enfermería y obstetricia	30	9	1.023
	3. Estadísticas de salud	14	15	1.700
	4. Latinoamericano de salud materno-infantil	25 (1968)	2	258
	5. Salud y dinámica de la población	15	4	381
	6. Docencia en salud	24	9	936
	7. Administración hospitalaria para jefes de departamento	76	11	903
	8. Especial de administración hospitalaria	4	6	648
	9. Educación en salud pública	14	9½	1.230
	10. Salud ocupacional	17	9½	1.230
	Total	256		257.944
São Paulo	1. Post-grado en salud pública para médicos	31	12	900
	2. Post-grado en administración hospitalaria	29	15	900
	3. Post-grado en salud pública para ingenieros	26	12	900
	4. Post-grado en salud pública para dentistas	19	12	800
	5. Post-grado en educación en salud pública	17	12	900
	6. Post-grado en salud pública para enfermeros	7	12	900
	7. Post-grado en salud pública para químicos-farmacéuticos	18	12	900
	8. Post-grado en salud pública para arquitectos	3	12	900
	9. Post-grado en salud pública para otros profesionales	13	12	800
	10. Post-grado en salud pública para veterinarios	3	12	800
	Total	166		145.000

carse a investigación planeada, y en las restantes se llevan a cabo estudios de variada amplitud, duración y alcance. Sólo tres de las escuelas asesoran en forma permanente a los servicios de salud; las restantes lo hacen en forma periódica y ocasional. La función de difusión aparece muy generalizada.

El Cuadro No. 24 muestra en detalle los diversos cursos que se dictaron en 1968 en cada una de las escuelas, el número de alumnos inscritos en cada uno de ellos, su duración en meses, y el número de horas de clase por alumno.

La carga docente es considerable como puede verse en el Cuadro No. 25. Debe tenerse en cuenta, además, que en varios casos se dictan cursos para otras escuelas conexas, ya sea en forma de asignaturas de responsabilidad exclusiva, colaboración parcial o periódica (Buenos Aires, La Habana, San Juan de Puerto Rico, y Santiago). Aun tomando en cuenta el coeficiente de error que pueda haber, los datos demuestran que el personal docente está sometido a una carga de horas-alumno que llega a sobrepasar 8.000 (véase también el Cuadro No. 28). En la elaboración del cuadro sólo se consideró el personal docente regular o permanente, ya que fue de todo punto difícil cuantificar con exactitud la colaboración de todas las personas y funcionarios que tomaron parte en la enseñanza.

Dada la importancia del curso básico de salud pública, en el Cuadro No. 26 se analizan el contenido y la extensión de cada uno. Todo es-

CUADRO No. 25—Carga docente en las escuelas de salud pública, 1968.\*

Escuela	Total horas-alumno	Total de docentes	Horas-alumno por docente permanente
Buenos Aires	265.943	60	4.432
Caracas	173.982	25	6.959
La Habana	312.480	106	2.947
Lima	155.132	21	7.387
Medellín	190.730	30	6.357
México	189.737	22	8.624
Río de Janeiro	129.870	39	3.300
San Juan, P.R.	148.553	105	1.414
Santiago	257.944	100	2.579
São Paulo	145.900	96	1.519
Total	1.970.271	604	3.262

\* No se computó la carga docente en las escuelas de medicina y otras.

CUADRO No. 26—*Contenido del curso básico en las escuelas de salud pública, 1968.*

Escuela	Nombre del curso y año de iniciación	Asignatura	No. de horas- alumno
Buenos Aires	Diplomados en salud pública, 1960	Administración de la salud	111
		Ciencias de la conducta	69
		Nutrición	45
		Atención médica y administración hospitalaria	179
		Epidemiología	123
		Bioestadística	92
		Demografía	18
		Maternidad e infancia	42
		Saneamiento ambiental	111
		Odontología sanitaria	12
		Otras actividades, terreno, visitas, etc.	267
		Total	1.069
Caracas	Maestría en salud pública, 1959	Epidemiología	160
		Estadística y demografía	135
		Saneamiento e higiene de alimentos	213
		Nutrición	76
		Microbiología	80
		Ciencias sociales	120
		Administración de salud pública y hospitalaria	575
		Total	1.359
La Habana	Organización y ad- ministración en salud pública, 1959	Introducción a la salud pública	25
		Organización y administración de salud pública	564
		Atención materna e infantil	229
		Ciencias sociales	66
		Educación para la salud	67
		Epidemiología	319
		Estadística	73
		Generalidades de higiene	39
		Higiene urbana y rural	184
		Higiene de los alimentos	113
		Higiene del trabajo	81
		Higiene escolar	52
		Nutrición	48
		Total	1.860
Lima	Curso regular en salud pública para médicos, 1963	Principios de salud pública	13
		Estadística y demografía	81
		Principios de epidemiología	62
		Microbiología aplicada	60
		Educación sanitaria y ciencias de la conducta	78
		Nutrición	36
		Epidemiología y control de enfer- medades	105
		Saneamiento ambiental	90
		Salud de madre y niño	90
		Salud del adulto	102
		Atención médica	30
		Administración de salud y administración hospitalaria	286

CUADRO No. 26—Cont.

Escuela	Nombre del curso y año de iniciación	Asignatura	No. de horas- alumno
Medellín	Total	Planificación en salud (Se incluyen 89 horas de biblioteca)	290
		Ciclo de terreno	272
			<u>1.595</u>
	Maestría en salud pública para médicos, 1964	Ciencias sociales	192
		Medicina familiar	92
		Estadísticas	160
		Epidemiología	236
		Saneamiento	80
		Administración de salud	214
		Planificación de salud	240
		Administración de atención médica y hospitalaria	80
		Atención materno-infantil	32
		Asignaturas opcionales	64
		(Microbiología, parasitología, salud mental, docencia en medi- cina preventiva y estadística.)	
		Total	<u>1.390</u>
México	Maestría en salud pública y ad- ministración médica, 1942	Administración general	34
		Administración de salud pública	42
		Administración de centros de salud	16
		Administración de hospitales	32
		Planificación en salud	46
		Epidemiología	219
		Estadística	60
		Saneamiento del medio	50
		Ciencias sociales	102
		Higiene materno-infantil	26
		Educación higiénica	46
		Nutrición en salud pública	32
		Higiene del trabajo	18
		Organización de la atención médica	16
		Trabajo de campo interdiscipli- nario	824
		Total	<u>1.563</u>
Río de Janeiro	Maestría en salud pública, 1960	Microbiología e inmunología	Información no entregada en detalle
		Parasitología	
		Estadística sanitaria	
		Saneamiento	
		Nutrición	
		Epidemiología y profilaxis	
		Higiene materno-infantil	
		Fundamentos socio-económicos	
		Educación sanitaria	
		Fundamentos de servicio social	
		Administración general	
		Administración pública	
		Administración sanitaria	
		Diagnóstico de enfermedades trans- misibles	
		Higiene del adulto	
		Legislación sanitaria	
	Total		<u>1.161</u>

CUADRO NO. 26—Cont.

Escuela	Nombre del curso y año de iniciación	Asignatura	No. de horas- alumno
San Juan, P.R.	Maestría en salud pública, 1955	Dinámica de grupo aplicada	18
		Introducción a la salud comunal	36
		Administración en salud pública	90
		Seminario sobre administración en salud pública	54
		Práctica en salud pública	36
		Aspectos sociales y culturales de salud pública	36
		Rehabilitación y enfermedades crónicas	36
		Metodología estadística	108
		Salud ambiental	72
		Principios de epidemiología	72
		Educación sanitaria	36
		Enfermedades infecciosas	36
		Salud internacional	18
		Higiene maternoinfantil	36
		Legislación en salud	36
		Organización y manejo de hospitales	72
		Nutrición en salud pública	18
		Asignaturas electivas (7)	125
	Total		935
Santiago	Licenciados en salubridad, 1944	Inmunología básica	24
		Enfermedades infecciosas I-II	81
		Parasitología I-II	42
		Epidemiología I-II	111
		Estadística I-II	123
		Administración en salud pública I	126
		Atención médica y administración hospitalaria I-II	45
		Salud materna e infantil I-II	63
		Alimentación I-II	54
		Higiene de alimentos I-II	27
		Saneamiento I-II	69
		Higiene industrial I-II	36
		Asign. de capacitación técnica (Administración en salud pública; epidemiología, higiene mater- noinfantil; salud dental; far- macia en salud pública y vete- rinaria en salud pública)	165
		Planificación en salud—práctica en terreno	264
	Total		1,230
São Paulo	Post-grado en salud pública para médicos, 1928	Epidemiología	70
		Administración sanitaria	147
		Estadística vital	52
		Ciencias sociales aplicadas	54
		Saneamiento	59
		Educación sanitaria	28
		Seminarios de epidemiología	32
		Bacteriología sanitaria	42
		Bioestadística	54
		40 asignaturas optativas, horas requeridas (mínimo)	235
	Total (mínimo requerido)	Trabajo de campo multiprofesional	127
			900

fuerzo de comparación tropieza con la dificultad de que algunos de los términos no son equivalentes. Por ejemplo, en ciertas escuelas la asignatura de administración en salud pública abarca principios generales de administración, administración sanitaria, administración hospitalaria y de atención médica, higiene maternoinfantil, educación sanitaria y ciencias sociales, mientras que en otras, varios de estos sectores se tratan como asignaturas separadas, según la formación del profesor, su especialización o la importancia relativa que se confiera a la asignatura. Lo propio ocurre con estadística y epidemiología. En algunas escuelas aparecen asociadas, y en otras, se dictan como asignaturas diferenciadas. En San Juan de Puerto Rico, se agregan siete asignaturas electivas, en São Paulo 40, y en Medellín cinco. Esta situación hace difícil establecer una comparación entre las distintas escuelas. Un análisis cuidadoso del cuadro permite percibir los rasgos básicos que derivan del clásico "MPH" por una parte, y las variaciones locales introducidas en cada escuela, por otra.

A fin de explorar las posibilidades materiales de expansión en el curso básico, se consultó a los directores de las escuelas sobre la capacidad máxima admisible en dicho curso según su propio juicio y, la planta física y los recursos docentes materiales y humanos. Los resultados de tal consulta aparecen en el Cuadro No. 27. Al comparar estos datos con el número de alumnos admitidos, se percibe que, en general, las escuelas están trabajando por encima de su capacidad.

CUADRO No. 27—*Capacidad máxima admisible (cupo) y número de alumnos en el curso básico en las escuelas de salud pública, 1968.*

Escuela	Cupo	Número de alumnos
Buenos Aires	35	47
Caracas	30	36
La Habana	30	19
Lima	25	25
Medellín	25	17
México	45	47
Río de Janeiro	30	58
San Juan, P.R.	15	14
Santiago	30	37
São Paulo	155	166
Total	420	466

En el Cuadro No. 28 se señala el grado de participación de cada una de las escuelas de salud pública en actividades docentes de otras escuelas universitarias. Nótese que con excepción de la Escuelas de México y Río de Janeiro, las demás participan en actividades docentes diferentes a las propias, siendo la colaboración más frecuente la prestada a escue-

CUADRO No. 28—*Colaboración entre las escuelas de salud pública y otras escuelas, 1968.*

Escuela de salud pública	Escuelas con que colabora	Responsabilidad exclusiva	Asignaturas como colaboración parcial	Colaboración ocasional
Buenos Aires	Medicina	x	—	—
	Veterinaria	x	—	—
	Ingeniería sanitaria	—	x	—
	Técnicos para la salud	—	x	—
Caracas	Medicina	—	—	x
	Enfermería	—	—	x
	Otras tres de medicina	—	—	x
La Habana	Medicina	x	—	—
	Enfermería	—	x	—
	Odontología	—	x	—
Lima	Dos de medicina	—	x	—
	Enfermería	—	x	—
Medellín	Medicina	x	x	x
	Veterinaria	—	x	x
	Enfermería	x	—	x
	Técnicos de laboratorio	x	—	—
México *		—	—	—
Río de Janeiro *		—	—	—
San Juan, P.R.	Medicina	x	—	—
	Odontología	x	x	—
	Enfermería	x	—	—
	Planificación	—	x	—
	Servicio social	—	x	—
	Farmacia	—	x	—
Santiago †	Medicina (4 escuelas)	x	x	x
	Veterinaria	—	x	—
	Enfermería	—	—	—
	(dos escuelas)	x	x	—
	Odontología	—	—	—
	(dos escuelas)	x	x	—
	Dietistas	x	—	—
	Obstetricia	x	—	—
	Ingeniería (dos escuelas)	—	x	—
	Sociología	—	—	x
São Paulo	Tecnología médica	x	x	—
	Enfermería	—	x	—

\* No tiene actividades docentes en otras escuelas.

† En 1967 se consignaron 927 alumnos en el total de las otras escuelas.

las de medicina y enfermería. Con frecuencia que merece ser señalada en forma explícita, las escuelas de salud pública aparecen como responsables directas y en forma exclusiva del desarrollo de cursos en otras escuelas universitarias.

### 7. Los alumnos y los egresados

A pesar de sus recursos más bien limitados y de la reciente iniciación de sus actividades, las escuelas de salud pública de la América Latina han graduado en total más de 20.000 profesionales y técnicos (véase el Cuadro No. 29). Sería difícil medir la influencia que estos egresados han tenido en los servicios de salud pública. En conjunto, las tres escuelas más antiguas han formado el 71% de este personal, mientras que las más recientes se hallan todavía en fase de incremento y perfeccionamiento.

La heterogeneidad de los egresados aparece manifiesta en el Cuadro No. 30; en él las categorías profesionales y técnicas aparecen en orden de frecuencia decreciente, encabezadas por los médicos, con un 34% del total.

Con el deseo de cuantificar la pérdida estudiantil en el curso básico de las diferentes escuelas de salud pública, se hizo un análisis del por-

CUADRO NO. 29—*Número de egresados de las escuelas de salud pública desde su iniciación hasta 1968 (porcentajes aproximados).*

Escuela	Año de iniciación de actividades	No. total de egresados	Porcentaje
Buenos Aires	1960	946	4
Caracas	1959	913	4
La Habana	1959	907	5
Lima	1962	565	3
Medellín	1964	867	4
México	1922	4.910	24
Río de Janeiro *	1959	915	4
San Juan, P.R.	1955	1.035	5
Santiago †	1944	3.398	16
São Paulo	1928	6.277	31
Total		20.733	100

\* Sin computar los datos de egresados en 1925-36 y otros períodos previos a 1959.

† Excluidos 188 alumnos especiales.



CUADRO No. 30—Distribución según frecuencia de los alumnos, y según categoría profesional o técnica, 1966-1968.

Categoría profesional o técnica	Buenos Aires	Caracas	La Habana	Lima	Medellín	México	Río de Janeiro	San Juan, P.R.	Santiago *	São Paulo	Total
Médicos	310	340	90	142	153	237	229	36	55	144	1.736
Enfermeras	2	31	140	260	19	91	66	287	34	66	996
Estadísticos	222	1	—	—	62	—	1	—	—	—	286
Administradores de salud	56	24	—	—	62	—	—	110	11	—	263
Inspectores sanitarios	—	60	—	40	133	—	—	18	—	—	251
Auxiliares de estadística	—	—	90	145	—	—	—	—	—	—	235
Dentistas	11	1	—	—	36	45	48	15	3	71	230
Auxiliares de trabajadores sanitarios	—	—	197	—	—	—	—	—	—	—	197
Ingenieros	—	4	—	—	—	3	30	23	4	88	152
Educadores sanitarios	—	—	—	—	—	19	—	88	14	14	135
Técnicos de registros médicos hospitalarios	—	—	—	—	51	—	—	22	—	—	73
Veterinarios	2	1	—	—	3	8	26	2	3	17	62
Demógrafos	—	—	—	—	—	—	—	45	—	—	45
Nutricionistas	—	1	—	15	15	—	—	—	9	3	43
Parteras graduadas	—	—	—	24	—	—	—	—	19	—	43
Asistentes sociales	—	—	—	22	—	—	—	—	9	—	31
Otros †	3	8	—	—	—	—	84	10	73	90	268
Total	606	471	517	648	534	403	484	656	234	493	5.046

\* Dato disponible sólo para 1967.

† Incluye arquitectos, abogados, contadores, economistas, bioquímicos, tecnólogos, técnicos de salud ocupacional, etc.

CUADRO No. 31—*Alumnos admitidos y graduados en el curso básico de las escuelas de salud pública, 1960-1968.*

Escuela	No. de admitidos	No. de graduados	Porcentaje de aprobación
Buenos Aires	344	324	94,1
Caracas	212	207	97,5
La Habana	293	270	92,0
Lima (1964-68)	115	112	97,3
Medellín (1964-68)	80	73	91,3
México (1960-67)	402	353	88,0
Río de Janeiro (1960-66)	475	300	63,1
San Juan, P.R.	260	148	57,0
Santiago (1960-67)	276	234	85,0
São Paulo	1.010	789	78,1
Total	3.467	2.810	81,0

CUADRO No. 32—*Distribución de alumnos extranjeros en las escuelas de salud pública, 1964-1968.*

Escuela	Comienzo de admisión (Año)	No. de alumnos	Porcentaje
Buenos Aires	1965	5	1
Caracas	1961	19	3
La Habana *	—	—	—
Lima	1966	5	1
Medellín	1964	31	4
México	?	75	11
Río de Janeiro *	—	—	—
San Juan, P.R.	1945	105	14
Santiago	1945	290	42
São Paulo	1948	166	23
Total		696	99

\* Se excluye.

centaje de los alumnos que aprobaron dichos cursos en relación con el total de admitidos entre los años de 1960-68 (véase el Cuadro No. 31). Obsérvese que con excepción de las Escuelas de San Juan de Puerto Rico y Río de Janeiro, las demás presentan una pérdida estudiantil por debajo del 20%.

Las Escuelas de México, San Juan de Puerto Rico, Santiago y São Paulo, por varias décadas han sido consideradas escuelas internacionales y, en efecto, a ellas concurre el 90% de los alumnos extranjeros. Sin embargo, en los últimos diez años, cuatro de las escuelas restantes han recibido a un ritmo creciente alumnos de otros países, lo que es de suma importancia por la posibilidad de expansión de los recursos de adiestramiento en Latinoamérica (véase el Cuadro No. 32).

Se obtuvieron datos sobre 635 estudiantes extranjeros en las escuelas que actualmente los aceptan, según país de origen, con la distribución geográfica que se muestra en el Cuadro No. 33.

#### 8. *Comparación con las escuelas de Estados Unidos y Canadá*

Finalmente, en el Cuadro No. 34 se intenta comparar las escuelas de salud pública de la América Latina con las de Estados Unidos y el Canadá. Para ello hubo que utilizar algunos datos del informe de 1968 del Dr. James L. Troupin.\* Con respecto a algunos promedios, las nueve escuelas latinoamericanas cuentan con menos de la mitad de planta física y de libros que las escuelas de Estados Unidos y Canadá. El presupuesto representa menos de la sexta parte, a pesar de que las Escuelas de La Habana, Río de Janeiro y São Paulo elevan fuertemente la cifra. El presupuesto de las otras seis escuelas es inferior a un millón de dólares, con un promedio de 280.783 dólares, equivalente a 1/13 del promedio de las escuelas de Estados Unidos y Canadá.

En cuanto al personal docente, en promedio, las escuelas de Estados Unidos y Canadá tienen tres veces más profesores a tiempo completo y su distribución por edad y sexo es comparable a las escuelas latinoamericanas. La diferencia de recursos docentes se mantiene al comparar categorías profesionales y las asignaturas que dictan. Llama la atención el reducido número de graduados latinoamericanos (44) en Estados Unidos y Canadá, si se compara con los 1.614 graduados en las nueve escuelas latinoamericanas. En conjunto, las 17 escuelas de Estados Unidos y Canadá graduaron 1.376 estudiantes, de los cuales los 44 latinoameri-

---

\* Troupin, James L.: *Report on the Schools of Public Health in the United States and Canada*, 1968, The American Public Health Association, New York, New York. (Versión mimeografiada.)

CUADRO NO. 33—*Distribución de alumnos extranjeros en las escuelas de salud pública según país de procedencia, 1964-1968.*

País de procedencia	Buenos Aires	Caracas	Lima	Medellín	México	San Juan, P.R.	Santiago	São Paulo	Total
Argentina	—	1	—	—	—	15	42	23	81
Bolivia	—	2	4	4	8	1	7	10	36
Brasil	—	1	—	1	—	11	17	—	30
Colombia	—	1	—	—	4	6	34	24	69
Costa Rica	—	2	—	2	6	6	13	8	37
Cuba	—	—	—	1	16	—	19	—	36
Chile	—	—	—	—	—	3	—	2	5
Ecuador	—	1	1	8	8	15	14	18	65
El Salvador	—	—	—	4	2	6	10	9	31
Guatemala	—	—	—	2	10	3	13	3	31
Haití	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Honduras	—	9	—	1	6	4	9	5	34
México	—	—	—	—	—	1	5	2	8
Nicaragua	—	—	—	1	3	6	4	9	23
Panamá	—	—	—	2	1	2	6	2	13
Paraguay	1	—	—	—	4	7	7	6	25
Perú	—	—	—	4	—	5	9	17	35
República Dominicana	—	—	—	—	6	5	5	4	20
Uruguay	4	1	—	1	—	2	8	5	21
Venezuela	—	—	—	—	1	4	7	11	23
Otros países	—	—	—	—	—	2	1	8	11
Total	5	18	5	31	75	105	230	166	635

CUADRO NO. 34—Comparación entre diez y siete escuelas de Estados Unidos y Canadá y nueve de Latinoamérica, 1968.

Atributo analizado	Estados Unidos y Canadá	Latinoamérica
a) <i>Algunos promedios</i>		
Unidades docentes	9,5	7,0
Espacio en metros cuadrados	7.881	3.921 *
Libros en la biblioteca	12.000	5.900
Revistas	335	332
Presupuesto en dólares	3.712.000	616.000 †
b) <i>Algunos datos sobre personal docente</i>		
Promedio de profesores a tiempo completo	74	22
Porcentaje con menos de 40 años de edad	36	54
Porcentaje de varones	72	69
<i>Número de profesores según categorías profesionales:</i>		
Médicos	344	231
Matemáticos-estadísticos	133	39
Científicos-sociales	114	20
Educadores-educadores sanitarios	78	13
Químicos-bioquímicos	76	11
Enfermeras	70	29
Ingenieros	59	35
Administración-administración hospitalaria	54	6
Dietistas-nutricionistas	26	11
<i>Número de profesores en algunas asignaturas:</i>		
Administración en salud pública	81	47
Bioestadística	109	40
Saneamiento ambiental	78	27
Epidemiología	144	20
Higiene materno-infantil	58	9
Atención médica y administración hospitalaria	132	12
c) <i>Alumnado</i>		
Total de graduados	1.376	1.614
Graduados latinoamericanos	44 §	1.614
Promedio de graduados por escuela	80	179

\* Suman 2,200 si se excluye Río de Janeiro.

† Seis escuelas con un promedio de 280.783 dólares.

§ Se graduaron 25 en San Juan, P.R.

canos representan el 3%. Debe agregarse que 25 de los 44 se graduaron en la Escuela de San Juan de Puerto Rico, la única de las escuelas estadounidenses que dicta el curso en español. Aun considerando la diferente calidad de graduados, el promedio para las escuelas latinoamericanas (179) es más del doble de las de Estados Unidos y Canadá.

## DISCUSION

Los problemas que confrontan las escuelas de salud pública de la América Latina exceden con mucho su estructura interna. Dimanan del desafío planteado por una realidad multifacética de comunidades en desarrollo, caracterizadas por su plasticidad y dinamismo. Toda la América Latina atraviesa por un período crucial de su historia. En cada región, aun en cada ciudad, es dado encontrar un mosaico de comunidades en diferentes etapas de desarrollo: desde aquellas con una economía agrícola o arcaica, hasta las que se encuentran en elaboradas fases de despegue industrial. Esta heterogeneidad de situaciones es muy acentuada en la América Latina y, como es natural, se refleja en los problemas de salud, que abarcan toda la extensa gama que va desde la viruela hasta las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes.

Si bien debemos aprovechar la experiencia obtenida por aquellos países que han alcanzado altos niveles de desarrollo cultural y sanitario a costa del sacrificio de varias generaciones, también hay que considerar que el progreso de las ciencias asociadas a la salud ha llevado al hombre a una posición en que, como sostiene Bertrand Russell, puede manipular la naturaleza. Sin embargo, todo ese rico caudal deberá aprovecharse con la inteligencia necesaria para discriminar aquello que conviene a la salud de nuestras comunidades latinoamericanas, que sea práctico de llevar a cabo con los recursos existentes y potenciales; que encuadre en su idiosincrasia, dentro de la política de sus gobiernos y la soberanía de su pensamiento.

Podríamos preguntarnos entonces si las escuelas de salud pública tienen clara conciencia de este mundo kaleidoscópico al que sirven; de este acontecer dinámico integral, del medio hacia el cual se proyectan; de la flexibilidad que la época exige a sus cultores para adecuar sus programas de trabajo a esa realidad dinámica, de la interacción entre salud y desarrollo; de la convergencia hacia una integración fructífera de las ciencias biológicas, sociales y matemáticas. Y si, atiborradas de preocupaciones pragmáticas en torno a distribución de horarios y de atención a la demanda que crece en progresión exponencial, les queda

tiempo para meditar sobre las responsabilidades y proyecciones de su función.

Las escuelas aparecen muy disímiles entre sí en cuanto a estructura, organización, recursos y funciones. Todas ellas dictan un curso básico, con variaciones locales, y varios cursos más de tipo académico o corto, a nivel profesional o intermedio. Por lo general, el personal docente es escaso y su preparación académica y experiencia muy variables. El 44% es de tiempo completo con dedicación exclusiva, y buena parte de la enseñanza depende de personal de tiempo parcial, pagado por horas o proveniente de otras instituciones.

En general, los recursos financieros, la planta física y el equipo docente son pobres. Si sus presupuestos se comparan con los de las escuelas de Estados Unidos y Canadá, su promedio representa menos de la sexta parte y la planta física, menos de la mitad.

La sobrecarga docente, que podría estimarse en 80% del tiempo del personal, junto a las limitaciones de medios, exigen revisar cuidadosamente el programa de enseñanza, a fin de concentrar los recursos en la formación de personal más urgente y de mayor prioridad.

Como consecuencia de la sobrecarga docente y de la escasez de recursos, la investigación, en general, es muy débil. Esto, unido a las limitadas posibilidades de realizar buenas prácticas de terreno, hace que la enseñanza sea más bien teórica y no siempre adecuada a la realidad.

El grado de participación o de responsabilidad en la enseñanza dentro de escuelas conexas (medicina, enfermería, veterinaria, etc.) salvo algunas excepciones, también es limitado. Las Escuelas de La Habana y Santiago están dando pasos hacia una integración, mientras otras escuelas tratan de extender gradualmente su acción de acuerdo con sus posibilidades. Sólo dos, Río de Janeiro y México, no participan en la enseñanza de pre-grado.

Existe en general una excelente disposición para revisar críticamente el programa de trabajo.

De un modo general se han percibido, entre muchos otros, los siguientes problemas:

- 1) Necesidad de establecer una definición clara de objetivos, tanto desde el punto de vista nacional como del regional.

- 2) Diferentes etapas de desarrollo de las escuelas y coexistencia de áreas fuertes y débiles en cada una de ellas.

- 3) Sobrecarga docente por falta de una definición clara de objetivos y, como consecuencia, por falta de una planeación correcta de la docencia.

4) Situaciones conflictivas con la política de los servicios de salud y de las facultades de medicina debidas a discrepancias doctrinarias y operacionales.

5) Bajo rendimiento, lejos todavía de alcanzar un nivel útil.

6) Necesidad de una revisión crítica de los planes de estudio, de la secuencia de asignaturas, de la coordinación e integración de la enseñanza, de los métodos de evaluación y de su adecuación a los problemas de salud y características socioeconómicas del área mayor donde funciona la escuela.

7) Necesidad de promover el perfeccionamiento técnico del profesorado y nuevos cuadros docentes.

8) Limitación de presupuesto, de recursos humanos, materiales, equipos, laboratorios y sobre todo de facilidades para el trabajo de campo. Cada escuela trata de resolver sus problemas según el grado de iniciativa e imaginación de sus profesores, pero por lo general falta un plan articulado y coherente.

9) Enfoque local de los problemas asociados a un inevitable nacionalismo, que impone a los egresados la dura tarea de decantar aquellas ideas o principios rectores que le servirán realmente para desempeñarse en sus países.

10) Dispersión de valiosos recursos y limitado desarrollo de la investigación.

11) Diferencias de criterio entre los profesores con espíritu renovador, los que prefieren la adopción de métodos y tendencias foráneas y los más respetuosos de la tradición y ortodoxia.

A pesar de tales problemas y debido a una serie de factores, estas escuelas han tenido que asumir prácticamente toda la responsabilidad de adiestramiento en la América Latina. En 1968, mientras un total de 16 escuelas de salud pública de Estados Unidos y Canadá graduaron 19 estudiantes latinoamericanos, las diez escuelas analizadas en el estudio graduaron 1.639. El peso que esta tarea representa estimula a serias consideraciones.

Durante el estudio todo el Continente se vio sacudido por un movimiento de reforma que ha afectado a varias escuelas en tal forma que muchos de los datos registrados han experimentado variaciones substanciales. El proceso de reforma en las escuelas de salud pública adquiere un enorme interés en cuanto a que envuelve una serie de pasos en busca de una definición de su destino dentro del contexto del desarrollo y lo que se ha dado en llamar la "tendencia a la coalición modernizante". La Escuela de Chile inició un proceso de coalición con las



cátedras de medicina preventiva bajo la nueva denominación de "Departamento de Salud Pública y Medicina Social", con el objeto de integrar todo el proceso docente de pre y post-grado bajo una sola dirección. En Cuba se ha venido gestando un movimiento de identificación docente-ejecutiva, a través del cual se integra la función de adiestramiento en salud para todos los niveles, bajo una Dirección Nacional de Docencia, con lo cual desaparece totalmente la imagen clásica de la escuela de salud pública.

Un asunto largamente debatido en la Primera Conferencia de Directores en San Miguel Regla, México, en 1959, sobre si las escuelas deben depender del Ministerio de Salud o de la Universidad, pierde importancia cuando se examina a la luz de las relaciones que deben existir entre ambas instituciones y la responsabilidad de las escuelas de salud pública.

Si imaginamos el área de responsabilidades de la Universidad y el área de responsabilidades del Sector Salud, se nos configuran dos elipses que se superponen parcialmente. Una y otra apuntan hacia un objetivo común que es la comunidad a la cual sirven; de aquí la identificación de propósitos que se ha hecho manifiesta en Cuba y en Chile. El proceso de diálogo necesario e ineludible entre la institución que forma personal y el mercado de empleo, a fin de adecuar la enseñanza a la función y vice-versa, para lograr la utilización plena del personal adiestrado, lleva a ubicar funcionalmente a las escuelas de salud pública en aquella área de superposición de intereses Ministerio-Universidad. Podría concluirse entonces que lo que importa no es tanto la línea de dependencia Ministerio-Universidad, sino la interacción recíproca, el diálogo abierto y productivo entre ambas instituciones. El éxito de este diálogo es responsabilidad de las escuelas de salud pública, como intérpretes de las necesidades y aspiraciones de ambas instituciones, más aun como promotores y agentes de cambio en ambas direcciones.

Es evidente que las escuelas de salud pública han estado cumpliendo una importantísima función a pesar de las serias limitaciones de recursos ya señaladas. Sin embargo, la mayoría de los educadores se formulan preguntas como éstas: ¿ En qué medida las escuelas están cumpliendo su función? ¿ Será la docencia adecuada a las necesidades, en cantidad y calidad? ¿ Cómo es posible incrementar y mejorar el rendimiento? y ¿Cuál será el destino de las escuelas?

Se advierte una marcada inquietud derivada de una toma gradual de conciencia sobre el torrente de acontecimientos que están ocurriendo en el mundo al que sirven las escuelas, tales como el crecimiento exponencial en la demanda de atención médica, las exigencias tecnológicas

de la enseñanza (necesidad de diseñar modelos, investigación operacional, la incorporación de la computación electrónica y la necesidad de transformar la administración en salud en un cuerpo científico de conocimientos y métodos), las corrientes de pensamiento que exigen un cambio profundo de todas las estructuras a fin de permitir el proceso del desarrollo, el proceso de la reforma universitaria que plantea concepciones novedosas sobre el papel de la universidad en la sociedad moderna, el fermento de pensamiento en lo que se refiere al papel del estado moderno frente al desarrollo, la definición del sector salud y del equipo de salud dentro del marco del desarrollo, la abolición de barreras e integración funcional dentro del sector salud y el desarrollo de departamentos de medicina preventiva en las escuelas de medicina.

Se vive en un mundo en el cual se desarrolla una búsqueda intensa de nuevas vías de solución a problemas seculares, y la juventud atraviesa por una crisis expresada en huelgas y conflictos estudiantiles. Por cierto que las escuelas de salud pública no podrían permanecer indiferentes ante la convulsión social del Continente y están llamadas a adoptar una posición y definir su propio destino. Más aún, debido a su trayectoria histórica y a que generalmente concentran los mejores recursos humanos, tienen la responsabilidad de orientar los procesos de cambio en el sector en que funcionan, en vez de ir a la zaga de los acontecimientos.

La gran pregunta que surge es qué hacer y cómo. Ya no es cuestión de pulir el plan de estudios y asignar mayor número de horas a determinadas disciplinas, desechar cursos considerados como de dudoso rendimiento, estimular la investigación o incrementar las actividades de terreno. Es todo eso y mucho más: es definir el destino y el papel de las escuelas de salud pública en este momento histórico de la América Latina.

Esta podría ser en verdad la médula de discusión en la próxima Conferencia de Directores en Medellín, el próximo mes de diciembre de 1969, y cuyo tema es analizar las funciones de las escuelas de salud pública de la América Latina frente a los cambios socio-económicos. Confiamos en que esas deliberaciones conduzcan a esclarecer respuestas a las graves preguntas planteadas más arriba y se defina una orientación para el futuro, el destino y la finalidad de las escuelas de salud pública.

## RESUMEN

El presente trabajo es el resultado de una encuesta llevada a cabo por el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organi-

zación Panamericana de la Salud en las diez escuelas de salud pública de la América Latina (Buenos Aires, Caracas, La Habana, Lima, Medellín, México, Río de Janeiro, San Juan de Puerto Rico, Santiago y São Paulo).

Contiene información referente al desarrollo histórico de las escuelas, su estructura administrativa y académica, los recursos humanos y materiales con los cuales cuentan, y las características de su alumnado y de sus egresados. Se trata de establecer una comparación entre las diferentes escuelas estudiadas en lo que respecta a los aspectos arriba mencionados. Se comparan algunos de los datos con los similares conocidos de las escuelas de salud pública de los Estados Unidos y del Canadá y, por último, se discute el papel que han de desempeñar las escuelas de salud pública de la América Latina en el proceso de desarrollo y cambio socio-económico de sus países.

---

## PUBLIC HEALTH SCHOOLS IN LATIN AMERICA

### *(Summary)*

This paper is based on a survey carried out by the Department for Development of Human Resources of the Pan American Health Organization in the ten Public Health Schools of Latin America (Buenos Aires, Caracas, Havana, Lima, Medellín, Mexico City, Rio de Janeiro, San Juan, Puerto Rico, Santiago and São Paulo).

The paper describes the development of the schools, their administrative and academic structure, human and material resources, and the characteristics of the students and graduates. Some of the data are compared with similar available information with reference to Public Health Schools in the United States and Canada. Finally, the future role of Latin American Public Health Schools in the development and economic and social changes in countries of the region is discussed.

---

## AS ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA NA AMÉRICA LATINA

### *(Resumo)*

O presente trabalho é o resultado de um levantamento levado a efeito pelo Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organi-

zação Pan-Americana de Saúde nas dez escolas de saúde pública da América Latina (Buenos Aires, Caracas, Havana, Lima, Medellín, México, Rio de Janeiro, São João de Pôrto Rico, Santiago e São Paulo).

Contém informações sobre o desenvolvimento histórico das escolas, sua estrutura administrativa e acadêmica, os recursos humanos e materiais de que dispõem e as características de seu corpo discente e de seus doutorandos. Faz-se uma comparação entre as diferentes escolas estudadas, no que respeita aos aspectos acima mencionados. Comparam-se alguns de seus dados com os das escolas de saúde pública dos Estados Unidos e do Canadá e analisa-se o papel que es escolas de saúde pública da América Latina deverão desempenhar no processo de desenvolvimento e evolução sócio-econômica de seus respectivos países.

---

## LES ÉCOLES DE SANTÉ PUBLIQUE EN AMÉRIQUE LATINE

### (Résumé)

La présente étude est l'aboutissement d'une enquête menée par le Département de développement des ressources humaines de l'Organisation panaméricaine de la Santé dans les dix écoles de santé publique de l'Amérique latine (Buenos Aires, Caracas, La Havane, Lima, Medellín, Mexico, Rio de Janeiro, San Juan (Porto Rico), Santiago et São Paulo).

Elle fournit des détails concernant l'évolution historique des écoles, leur structure administrative et scolastique, les ressources humaines et matérielles dont elles disposent, les caractéristiques de leurs élèves et de leurs diplômés. L'étude cherche à établir une comparaison entre les différentes écoles en question en ce qui concerne les aspects mentionnés plus haut et fait un rapprochement entre certaines des données et des données analogues émanant des écoles de santé publique des Etats-Unis et du Canada; elle examine enfin le rôle qui incombe aux écoles de santé publique de l'Amérique latine dans le processus de développement et d'évolution socio-économique de leurs propres pays.

# La comunicación entre el médico y el paciente en las consultas externas

ANTONIO ORDOÑEZ PLAJA, LUCY M. COHEN y  
JULIAN SAMORA

*Incumbe a los investigadores en ciencias de la conducta ayudar a miembros de personal médico a organizar y mantener un sistema de estudios especializados que permita obtener conocimientos apropiados para dar a la enseñanza y a la práctica modernas de la medicina en la América Latina el relieve y la orientación que las necesidades aconsejan. Uno de los campos de estudio de mayor importancia en dicha enseñanza es la relación médico-paciente en medios institucionales tales como la consulta externa.*

**E**STUDIOS efectuados en instituciones de atención médica indican que el proceso de comunicación constituye, en las relaciones entre el médico y el paciente, un factor importante en la prestación de una asistencia médica adecuada.<sup>1</sup> Si el paciente es capaz de comunicar sus sín-

---

• El Dr. Ordoñez Plaja es Ministro de Salud Pública de la República de Colombia, Bogotá, Colombia; la Dra. Cohen es Jefe de Evaluación de Programas del Departamento de Salud, Gobierno del Distrito de Columbia, Washington, D.C., Estados Unidos, y el Dr. Julián Samora es miembro del Departamento de Sociología de la Universidad de Notre Dame, South Bend, Indiana, Estados Unidos.

• Publicado originalmente en inglés en el *Milbank Memorial Fund Quarterly*, de abril, 1968, Vol. XLVI, No. 2, Parte 1. Este estudio fue financiado con una subvención del *Basic Science Research Division, United States Department of the Army, Project No. 3A012501B813-08*.

<sup>1</sup> Véase, por ejemplo, Bloom, S.: *The Doctor and His Patient*, Russell Sage Foundation, Nueva York, 1963, págs 52-74; Bogdonoff, M. D., et al.: The doctor-patient relationship, *Journal of the American Medical Association*, 192:131-134 (abril 5) 1965; Freidson, E.: *Patients' Views of Medical Practice*, Russell Sage Foundation, Nueva York, 1961. Capítulos 9 y 10, págs. 171-207; Henderson, L. J.: Physician and patient as a social system, *New England Journal of Medicine*,

tomas, sentimientos, impresiones y juicios y explicar los cambios de su estado de tal manera que sean comprensibles para el médico, y si éste, a su vez, tiene sentido de comprensión, y sabe comunicar instrucciones y cómo hacer preguntas pertinentes, resulta obvio que existe una correspondencia entre una comunicación adecuada y una asistencia médica apropiada desde el punto de vista de ambos participantes.

La relación médico-paciente se rige por una serie de normas de conducta que establecen los tipos de comportamiento. El éxito de esta relación depende de la percepción que el médico y el paciente tengan el uno del otro, percepción en la que influyen considerablemente las fuerzas sociales y culturales que forman la matriz de la comunicación.<sup>2</sup>

La presente investigación dedica atención principal a la relación observada en tres departamentos de consulta externa en Colombia entre las diferencias de orden social y los conocimientos de vocabulario, por una parte, y las formas de comunicación entre el médico y el paciente, por otra.

## ESTUDIOS AFINES

En los últimos años se ha venido dando cada vez mayor importancia a la influencia que la pertenencia a ciertos grupos sociales tiene sobre la relación médico-paciente.

Los estudios hechos por Koos en Regionville y por Simmons en Chile y Perú indican que cuanto mayor es la diferencia social entre paciente y médico más difícil es establecer entre ellos relaciones de mutua confianza.<sup>3</sup> Saunders, Stycos y Spiegel han señalado que a través de las líneas que dividen las clases sociales en las sociedades complejas, pene-

---

212:819-823; Meares, A.: Communication with the patient, *The Lancet*, 663-667 (marzo 26) 1960; Skipper, J. K., et al.: Some possible consequences of limited communication between patients and hospital functionaries, *Journal of Health and Human Behavior*, 5:34-39, 1964; Pratt, L. A., et al.: "Physicians' Views on the Level of Medical Information among Patients," en Jaco, E. G. (Editor): *Patients, Physicians and Illness*, The Free Press, Glencoe, 1958, págs. 222-228; Szasz, T. S., y Hollender, M. H.: A contribution to the philosophy of medicine, *Archives of Internal Medicine*, 97:585-592 (mayo) 1956.

<sup>2</sup> Kutner, B.: "Physician-patient relationships: A theoretical framework," en Pealman, J., y Hartley, E. (Editores): *Festschrift for Gardner Murphy*, Harper and Brothers, Nueva York, 1960, págs. 258-273.

<sup>3</sup> Koos, E. L.: *The Health of Regionville*, Columbia University Press, Nueva York, 1954; Simmons, O. G.: Implications of social class for public health, *Human Organization*, 16:7-10; ———: Popular and modern medicine in mestizo communities of coastal Perú and Chile, *Journal of American Folklore*, 68:57-71.

tran los problemas de comunicación planteados por los conflictos de valores a que dan lugar diferencias existentes entre los diversos grupos étnicos. Si el médico y el paciente actúan dentro de estructuras culturales enteramente diferentes, pueden resultar discrepancias sobre las definiciones más generales de las funciones del paciente y del médico y entre las orientaciones y convicciones fundamentales acerca de la naturaleza de la misma enfermedad.<sup>4</sup> Ahondando en el problema, Foster indica que cuando los médicos son de una clase o casta alta y los pacientes pertenecen a las clases bajas, puede ocurrir que la efectividad de la comunicación y la adopción de nuevas prácticas médicas sean entorpecidas por la desconfianza mutua y la falta de respeto entre el médico y el paciente, los valores asociados a las divisiones en la estructura social y las creencias religiosas.<sup>5</sup>

Además de estos factores, Samora, Saunders y Larson señalan que en la comunicación médico-paciente cabe la posibilidad de que por insuficiencias de vocabulario el paciente entienda mal o no entienda del todo al médico. La probabilidad de un entendimiento insuficiente o erróneo es mayor cuando el paciente ha recibido muy poca instrucción, pertenece a un grupo étnico que ha conservado un idioma distinto del que se usa en la conversación médica local o procede de un medio de clase baja.<sup>6</sup>

Wilson señala que de todas las diferencias subculturales que pueden separar al médico del paciente en una sociedad dada, la más crítica quizás sea la subcultura de la propia profesión médica.<sup>7</sup> Freidson respalda esa opinión al indicar que la experiencia y los términos de referencia del profano y del profesional constituyen dos mundos distintos que están siempre en conflicto latente. Sostiene que esa separación parece ser inherente a la misma situación de la práctica profesional:

---

<sup>4</sup> Saunders, L.: *Cultural Difference and Medical Care*, The Russell Sage Foundation, Nueva York, 1954; Stycos, J. M.: Birth control clinics in crowded Puerto Rico, en Paul, B. D. (Editor): *Health, Culture and Community*, The Russell Sage Foundation, Nueva York, 1955, págs. 189-210; Spiegel, J. P.: The social roles of doctor and patient in psychoanalysis and psychotherapy, *Psychiatry*, 17:371 (noviembre) 1954, citado en King, S. H.: *Perceptions of Illness and Medical Practice*, The Russell Sage Foundation, Nueva York, 1962, págs. 224-227.

<sup>5</sup> Foster, G.: *Problems in Intercultural Health Programs*, Social Science Research Council, Nueva York, 1958, págs. 29-35.

<sup>6</sup> Samora, J.; Saunders, L., y Larson, R. F.: Medical vocabulary knowledge among hospital patients, *Journal of Health and Human Behavior*, 2:92, 1961.

<sup>7</sup> Wilson, R. N.: Patient-practitioner relationships, en Freeman, H. E., et al. (Editores): *Handbook of Medical Sociology*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, Nueva Jersey, 1963, pág. 283.

Desde su posición ventajosa, el médico percibe su separación atendiendo al paciente como un caso al que aplica las reglas y categorías generales que ha aprendido en el curso de su prolongada formación profesional. El paciente, interesado naturalmente en lo que ocurre, se siente obligado a juzgar y comprobar lo que le está sucediendo. No teniendo siempre la misma perspectiva que el médico, juzga lo que se está haciendo desde un punto de vista distinto del profesional. Tanto el profesional como el paciente concuerdan teóricamente en la finalidad de su relación —resolver los problemas del último—, pero los medios por los que ha de lograrse esta solución y las definiciones del problema, propiamente dicho, son fuentes de posibles divergencias.<sup>8</sup>

No se trata aquí de presentar una reseña completa de estudios relativos a la influencia de los factores sociales y culturales sobre la comunicación entre el médico y el paciente, sino de poner de manifiesto la complejidad del problema y la consiguiente necesidad de hacer cuidadosas distinciones antes de formular hipótesis sobre las variables que determinan la relación médico-paciente. La posición social, el grupo étnico a que se pertenece y el desconocimiento de vocabulario médico influyen en la percepción que el médico y el paciente se formen uno del otro. Los contrastes de valores y conocimientos motivados por el hecho de pertenecer a grupos diferentes, pueden ir en detrimento de la comunicación requerida por una práctica médica adecuada.

El “choque de perspectivas” que resulta de la posición del paciente como profano y de la del médico como profesional, pone de manifiesto que en las evaluaciones de la comunicación debe haber una apreciación objetiva de la naturaleza de la comunicación entre el médico y el paciente.<sup>9</sup> La búsqueda de una explicación de los factores que influyen en esa relación debe dar lugar a una mejor comprensión de la forma en que ciertas dimensiones socioculturales pueden influir en la relación médico-paciente.

## EL PRESENTE ESTUDIO

La presente investigación tiene por objeto examinar dos aspectos de la comunicación médico-paciente y efectuar la evaluación de dicha comunicación.

La primera fase tuvo que ver con la adaptación del estudio de Samora sobre el conocimiento del vocabulario médico entre enfermos hospitalizados.<sup>6</sup>

<sup>8</sup> Freidson, *op. cit.*, pág. 175.

<sup>9</sup> Para un examen más detallado, véase Freidson, *op. cit.*, págs. 190-191.



A los investigadores encargados del estudio les interesó averiguar en qué medida cabía atribuir la falta o poca comprensión de los pacientes a su desconocimiento de los términos médicos corrientemente utilizados y estudiar hasta qué punto factores tales como el nivel de instrucción y la procedencia influían en la capacidad del paciente para comprender el vocabulario utilizado.

El segundo aspecto de la investigación se consideró más amplio. Consistió en analizar las entrevistas médicas para determinar hasta qué punto el médico y el paciente se entendían durante la entrevista. Interesó en particular saber en qué grado las expectativas y reacciones recíprocas de los pacientes y de los médicos influían en la aptitud de unos y otros para comunicarse efectivamente. Al comienzo del estudio se había emitido la hipótesis de que cuanto mayor fuera la distancia social entre el médico y el paciente mayores serían las interpretaciones erróneas y las incomprensiones que se suscitarían en la comunicación.

También interesó saber hasta qué punto la forma de presentación del yo del médico y del paciente en el curso de la entrevista influía en la efectividad de la comunicación.<sup>10</sup>

En la evaluación de la relación médico-paciente es necesario determinar las barreras de comunicación que surgen durante la entrevista médica.

Según Ruesch y Bateson la comunicación se refiere no solamente a la transmisión verbal, explícita e intencional de mensajes, sino también a todos los procedimientos mediante los cuales individuos se influyen mutuamente.<sup>11</sup> Como indica Kimball, esta definición se basa en la premisa de que todos los actos y acontecimientos tienen aspectos comunicativos tan pronto como son percibidos por un ser humano; implica, además, que esa percepción modifica la información que posee un

---

<sup>10</sup> Los investigadores esperaban también estudiar en qué medida el grado de movilidad social del médico y del paciente influían en el proceso de comunicación. Se suponía, en principio, que un médico socialmente móvil se conducía de diferente manera que un médico de clase alta (posición segura) con respecto a los pacientes socialmente móviles o de posición segura. Las consultas externas escogidas para el estudio no ofrecieron, sin embargo, las condiciones necesarias para determinar la validez de esa hipótesis. Casi todos los pacientes pertenecían a un grupo homogéneo de pobres, de zonas rurales o urbanas, y entre los médicos figuraban tanto médicos de mucha experiencia como estudiantes de medicina.

<sup>11</sup> Ruesch, J. y Bateson, G.: *Communication, the Social Matrix of Psychiatry*, W. W. Norton & Company, Inc., Nueva York, 1951, como se cita en Kimball, S.: *Communication modalities as a function of social relationships, Transactions of the New York Academy of Sciences*, págs. 459-460.

individuo e influye por consiguiente en él.<sup>12</sup> Estas percepciones son, en parte, función de los procesos sociales y valores culturales que rigen la conducta de personas tales como los médicos y los pacientes, como miembros de la sociedad y participantes en la vida de las organizaciones médicas.

El método seguido en el estudio se ajustó a los modelos propuestos por Kimball y otros, quienes han indicado que una manera útil de analizar los mecanismos de la comunicación consiste en separar los elementos verbales de los no verbales.<sup>13</sup> La efectividad del lenguaje hablado se debe no sólo a sus aspectos denotativos —lo que representan las palabras— sino también a sus aspectos connotativos —lo que sugieren las palabras. Así, los términos pueden desorientar a los pacientes en razón de los diferentes sentidos que les dan el médico y el paciente.<sup>14</sup>

El estudio de los aspectos no verbales de la comunicación, por ejemplo, el lenguaje de los signos, el lenguaje de los actos y el lenguaje de los objetos,<sup>15</sup> complementa el análisis de la comprensión en el plano verbal. El análisis de la comunicación no verbal es pertinente en las entrevistas médicas porque la comunicación terapéutica con el paciente comprende el establecimiento de la armonía que constituye la base de la relación médico-paciente y que es, como ha indicado Meares, una relación afectiva establecida por la comunicación extraverbal y no verbal de emociones. El médico debe aprender a utilizar él mismo la comunicación no verbal ya que hay algunas ideas que sólo pueden transmitirse bien por ese medio.<sup>16</sup>

El estudio conjunto de la comunicación verbal y no verbal en las entrevistas médicas ofrece una base para descubrir las formas características en que médicos y pacientes se presentan unos a otros. La descripción de "tipos sociales" para indicar modelos de reacción diferencial entre médicos y pacientes, puede ayudar al estudiante de ciencias

<sup>12</sup> Kimball, *op. cit.*, págs. 459-460.

<sup>13</sup> *Ibid.*, pág. 460.

<sup>14</sup> King, *op. cit.*, págs. 227-231.

<sup>15</sup> "El lenguaje de los signos comprende todas las formas de codificación en las que las palabras, los números y los signos de puntuación han sido substituidos por gestos; el lenguaje de los actos abarca todos los movimientos que no se usan exclusivamente como señales. (Los actos de andar y beber tienen la doble función de atender necesidades personales y constituyen declaraciones para los que pueden percibirlos). El lenguaje de los objetos comprende toda exhibición intencional y no intencional de cosas materiales, como utensilios, objetos de arte, el cuerpo humano y todo lo que lo viste y cubre," Ruesch, J., y Kees, W., *Nonverbal Communication*, University of California Press, Berkeley, 1961, pág. 189.

<sup>16</sup> Meares, *op. cit.*, pág. 667.

centaje de los alumnos que aprobaron dichos cursos en relación con el total de admitidos entre los años de 1960-68 (véase el Cuadro No. 31). Obsérvese que con excepción de las Escuelas de San Juan de Puerto Rico y Río de Janeiro, las demás presentan una pérdida estudiantil por debajo del 20%.

Las Escuelas de México, San Juan de Puerto Rico, Santiago y São Paulo, por varias décadas han sido consideradas escuelas internacionales y, en efecto, a ellas concurre el 90% de los alumnos extranjeros. Sin embargo, en los últimos diez años, cuatro de las escuelas restantes han recibido a un ritmo creciente alumnos de otros países, lo que es de suma importancia por la posibilidad de expansión de los recursos de adiestramiento en Latinoamérica (véase el Cuadro No. 32).

Se obtuvieron datos sobre 635 estudiantes extranjeros en las escuelas que actualmente los aceptan, según país de origen, con la distribución geográfica que se muestra en el Cuadro No. 33.

#### *8. Comparación con las escuelas de Estados Unidos y Canadá*

Finalmente, en el Cuadro No. 34 se intenta comparar las escuelas de salud pública de la América Latina con las de Estados Unidos y el Canadá. Para ello hubo que utilizar algunos datos del informe de 1968 del Dr. James L. Troupin.\* Con respecto a algunos promedios, las nueve escuelas latinoamericanas cuentan con menos de la mitad de planta física y de libros que las escuelas de Estados Unidos y Canadá. El presupuesto representa menos de la sexta parte, a pesar de que las Escuelas de La Habana, Río de Janeiro y São Paulo elevan fuertemente la cifra. El presupuesto de las otras seis escuelas es inferior a un millón de dólares, con un promedio de 280.783 dólares, equivalente a 1/13 del promedio de las escuelas de Estados Unidos y Canadá.

En cuanto al personal docente, en promedio, las escuelas de Estados Unidos y Canadá tienen tres veces más profesores a tiempo completo y su distribución por edad y sexo es comparable a las escuelas latinoamericanas. La diferencia de recursos docentes se mantiene al comparar categorías profesionales y las asignaturas que dictan. Llama la atención el reducido número de graduados latinoamericanos (44) en Estados Unidos y Canadá, si se compara con los 1.614 graduados en las nueve escuelas latinoamericanas. En conjunto, las 17 escuelas de Estados Unidos y Canadá graduaron 1.376 estudiantes, de los cuales los 44 latinoameri-

---

\* Troupin, James L.: *Report on the Schools of Public Health in the United States and Canada*, 1968, The American Public Health Association, New York, New York. (Versión mimeografiada.)

CUADRO NO. 33—*Distribución de alumnos extranjeros en las escuelas de salud pública según país de procedencia, 1964-1968.*

País de procedencia	Buenos Aires	Caracas	Lima	Medellín	México	San Juan, P.R.	Santiago	São Paulo	Total
Argentina	—	1	—	—	—	15	42	23	81
Bolivia	—	2	4	4	8	1	7	10	36
Brasil	—	1	—	1	—	11	17	—	30
Colombia	—	1	—	—	4	6	34	24	69
Costa Rica	—	2	—	2	6	6	13	8	37
Cuba	—	—	—	1	16	—	19	—	36
Chile	—	—	—	—	—	3	—	2	5
Ecuador	—	1	1	8	8	15	14	18	65
El Salvador	—	—	—	4	2	6	10	9	31
Guatemala	—	—	—	2	10	3	13	3	31
Haití	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Honduras	—	9	—	1	6	4	9	5	34
México	—	—	—	—	—	1	5	2	8
Nicaragua	—	—	—	1	3	6	4	9	23
Panamá	—	—	—	2	1	2	6	2	13
Paraguay	1	—	—	—	4	7	7	6	25
Perú	—	—	—	4	—	5	9	17	35
República Dominicana	—	—	—	—	6	5	5	4	20
Uruguay	4	1	—	1	—	2	8	5	21
Venezuela	—	—	—	—	1	4	7	11	23
Otros países	—	—	—	—	—	2	1	8	11
Total	5	18	5	31	75	105	230	166	635

CUADRO NO. 34—*Comparación entre diez y siete escuelas de Estados Unidos y Canadá y nueve de Latinoamérica, 1968.*

Atributo analizado	Estados Unidos y Canadá	Latinoamérica
a) <i>Algunos promedios</i>		
Unidades docentes	9,5	7,0
Espacio en metros cuadrados	7.881	3.921 *
Libros en la biblioteca	12.000	5.900
Revistas	335	332
Presupuesto en dólares	3.712.000	616.000 †
b) <i>Algunos datos sobre personal docente</i>		
Promedio de profesores a tiempo completo	74	22
Porcentaje con menos de 40 años de edad	36	54
Porcentaje de varones	72	69
<i>Número de profesores según categorías profesionales:</i>		
Médicos	344	231
Matemáticos-estadísticos	133	39
Científicos-sociales	114	20
Educadores-educadores sanitarios	78	13
Químicos-bioquímicos	76	11
Enfermeras	70	29
Ingenieros	59	35
Administración-administración hospitalaria	54	6
Dietistas-nutricionistas	26	11
<i>Número de profesores en algunas asignaturas:</i>		
Administración en salud pública	81	47
Bioestadística	109	40
Saneamiento ambiental	78	27
Epidemiología	144	20
Higiene maternoinfantil	58	9
Atención médica y administración hospitalaria	132	12
c) <i>Alumnado</i>		
Total de graduados	1.376	1.614
Graduados latinoamericanos	44 §	1.614
Promedio de graduados por escuela	80	179

\* Suman 2,200 si se excluye Río de Janeiro.

† Seis escuelas con un promedio de 280.783 dólares.

§ Se graduaron 25 en San Juan, P.R.

canos representan el 3%. Debe agregarse que 25 de los 44 se graduaron en la Escuela de San Juan de Puerto Rico, la única de las escuelas estadounidenses que dicta el curso en español. Aun considerando la diferente calidad de graduados, el promedio para las escuelas latinoamericanas (179) es más del doble de las de Estados Unidos y Canadá.

## DISCUSION

Los problemas que confrontan las escuelas de salud pública de la América Latina exceden con mucho su estructura interna. Dimanan del desafío planteado por una realidad multifacética de comunidades en desarrollo, caracterizadas por su plasticidad y dinamismo. Toda la América Latina atraviesa por un período crucial de su historia. En cada región, aun en cada ciudad, es dado encontrar un mosaico de comunidades en diferentes etapas de desarrollo: desde aquellas con una economía agrícola o arcaica, hasta las que se encuentran en elaboradas fases de despegue industrial. Esta heterogeneidad de situaciones es muy acentuada en la América Latina y, como es natural, se refleja en los problemas de salud, que abarcan toda la extensa gama que va desde la viruela hasta las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes.

Si bien debemos aprovechar la experiencia obtenida por aquellos países que han alcanzado altos niveles de desarrollo cultural y sanitario a costa del sacrificio de varias generaciones, también hay que considerar que el progreso de las ciencias asociadas a la salud ha llevado al hombre a una posición en que, como sostiene Bertrand Russell, puede manipular la naturaleza. Sin embargo, todo ese rico caudal deberá aprovecharse con la inteligencia necesaria para discriminar aquello que conviene a la salud de nuestras comunidades latinoamericanas, que sea práctico de llevar a cabo con los recursos existentes y potenciales; que encuadre en su idiosincrasia, dentro de la política de sus gobiernos y la soberanía de su pensamiento.

Podríamos preguntarnos entonces si las escuelas de salud pública tienen clara conciencia de este mundo kaleidoscópico al que sirven; de este acontecer dinámico integral, del medio hacia el cual se proyectan; de la flexibilidad que la época exige a sus cultores para adecuar sus programas de trabajo a esa realidad dinámica, de la interacción entre salud y desarrollo; de la convergencia hacia una integración fructífera de las ciencias biológicas, sociales y matemáticas. Y si, atiborradas de preocupaciones pragmáticas en torno a distribución de horarios y de atención a la demanda que crece en progresión exponencial, les queda

tiempo para meditar sobre las responsabilidades y proyecciones de su función.

Las escuelas aparecen muy disímiles entre sí en cuanto a estructura, organización, recursos y funciones. Todas ellas dictan un curso básico, con variaciones locales, y varios cursos más de tipo académico o corto, a nivel profesional o intermedio. Por lo general, el personal docente es escaso y su preparación académica y experiencia muy variables. El 44% es de tiempo completo con dedicación exclusiva, y buena parte de la enseñanza depende de personal de tiempo parcial, pagado por horas o proveniente de otras instituciones.

En general, los recursos financieros, la planta física y el equipo docente son pobres. Si sus presupuestos se comparan con los de las escuelas de Estados Unidos y Canadá, su promedio representa menos de la sexta parte y la planta física, menos de la mitad.

La sobrecarga docente, que podría estimarse en 80% del tiempo del personal, junto a las limitaciones de medios, exigen revisar cuidadosamente el programa de enseñanza, a fin de concentrar los recursos en la formación de personal más urgente y de mayor prioridad.

Como consecuencia de la sobrecarga docente y de la escasez de recursos, la investigación, en general, es muy débil. Esto, unido a las limitadas posibilidades de realizar buenas prácticas de terreno, hace que la enseñanza sea más bien teórica y no siempre adecuada a la realidad.

El grado de participación o de responsabilidad en la enseñanza dentro de escuelas conexas (medicina, enfermería, veterinaria, etc.) salvo algunas excepciones, también es limitado. Las Escuelas de La Habana y Santiago están dando pasos hacia una integración, mientras otras escuelas tratan de extender gradualmente su acción de acuerdo con sus posibilidades. Sólo dos, Río de Janeiro y México, no participan en la enseñanza de pre-grado.

Existe en general una excelente disposición para revisar críticamente el programa de trabajo.

De un modo general se han percibido, entre muchos otros, los siguientes problemas:

1) Necesidad de establecer una definición clara de objetivos, tanto desde el punto de vista nacional como del regional.

2) Diferentes etapas de desarrollo de las escuelas y coexistencia de áreas fuertes y débiles en cada una de ellas.

3) Sobrecarga docente por falta de una definición clara de objetivos y, como consecuencia, por falta de una planeación correcta de la docencia.

4) Situaciones conflictivas con la política de los servicios de salud y de las facultades de medicina debidas a discrepancias doctrinarias y operacionales.

5) Bajo rendimiento, lejos todavía de alcanzar un nivel útil.

6) Necesidad de una revisión crítica de los planes de estudio, de la secuencia de asignaturas, de la coordinación e integración de la enseñanza, de los métodos de evaluación y de su adecuación a los problemas de salud y características socioeconómicas del área mayor donde funciona la escuela.

7) Necesidad de promover el perfeccionamiento técnico del profesorado y nuevos cuadros docentes.

8) Limitación de presupuesto, de recursos humanos, materiales, equipos, laboratorios y sobre todo de facilidades para el trabajo de campo. Cada escuela trata de resolver sus problemas según el grado de iniciativa e imaginación de sus profesores, pero por lo general falta un plan articulado y coherente.

9) Enfoque local de los problemas asociados a un inevitable nacionalismo, que impone a los egresados la dura tarea de decantar aquellas ideas o principios rectores que le servirán realmente para desempeñarse en sus países.

10) Dispersión de valiosos recursos y limitado desarrollo de la investigación.

11) Diferencias de criterio entre los profesores con espíritu renovador, los que prefieren la adopción de métodos y tendencias foráneas y los más respetuosos de la tradición y ortodoxia.

A pesar de tales problemas y debido a una serie de factores, estas escuelas han tenido que asumir prácticamente toda la responsabilidad de adiestramiento en la América Latina. En 1968, mientras un total de 16 escuelas de salud pública de Estados Unidos y Canadá graduaron 19 estudiantes latinoamericanos, las diez escuelas analizadas en el estudio graduaron 1.639. El peso que esta tarea representa estimula a serias consideraciones.

Durante el estudio todo el Continente se vio sacudido por un movimiento de reforma que ha afectado a varias escuelas en tal forma que muchos de los datos registrados han experimentado variaciones substanciales. El proceso de reforma en las escuelas de salud pública adquiere un enorme interés en cuanto a que envuelve una serie de pasos en busca de una definición de su destino dentro del contexto del desarrollo y lo que se ha dado en llamar la "tendencia a la coalición modernizante". La Escuela de Chile inició un proceso de coalición con las



cátedras de medicina preventiva bajo la nueva denominación de "Departamento de Salud Pública y Medicina Social", con el objeto de integrar todo el proceso docente de pre y post-grado bajo una sola dirección. En Cuba se ha venido gestando un movimiento de identificación docente-ejecutiva, a través del cual se integra la función de adiestramiento en salud para todos los niveles, bajo una Dirección Nacional de Docencia, con lo cual desaparece totalmente la imagen clásica de la escuela de salud pública.

Un asunto largamente debatido en la Primera Conferencia de Directores en San Miguel Regla, México, en 1959, sobre si las escuelas deben depender del Ministerio de Salud o de la Universidad, pierde importancia cuando se examina a la luz de las relaciones que deben existir entre ambas instituciones y la responsabilidad de las escuelas de salud pública.

Si imaginamos el área de responsabilidades de la Universidad y el área de responsabilidades del Sector Salud, se nos configuran dos elipses que se superponen parcialmente. Una y otra apuntan hacia un objetivo común que es la comunidad a la cual sirven; de aquí la identificación de propósitos que se ha hecho manifiesta en Cuba y en Chile. El proceso de diálogo necesario e ineludible entre la institución que forma personal y el mercado de empleo, a fin de adecuar la enseñanza a la función y vice-versa, para lograr la utilización plena del personal adiestrado, lleva a ubicar funcionalmente a las escuelas de salud pública en aquella área de superposición de intereses Ministerio-Universidad. Podría concluirse entonces que lo que importa no es tanto la línea de dependencia Ministerio-Universidad, sino la interacción recíproca, el diálogo abierto y productivo entre ambas instituciones. El éxito de este diálogo es responsabilidad de las escuelas de salud pública, como intérpretes de las necesidades y aspiraciones de ambas instituciones, más aun como promotores y agentes de cambio en ambas direcciones.

Es evidente que las escuelas de salud pública han estado cumpliendo una importantísima función a pesar de las serias limitaciones de recursos ya señaladas. Sin embargo, la mayoría de los educadores se formulan preguntas como éstas: ¿ En qué medida las escuelas están cumpliendo su función? ¿ Será la docencia adecuada a las necesidades, en cantidad y calidad? ¿ Cómo es posible incrementar y mejorar el rendimiento? y ¿Cuál será el destino de las escuelas?

Se advierte una marcada inquietud derivada de una toma gradual de conciencia sobre el torrente de acontecimientos que están ocurriendo en el mundo al que sirven las escuelas, tales como el crecimiento exponencial en la demanda de atención médica, las exigencias tecnológicas

de la enseñanza (necesidad de diseñar modelos, investigación operacional, la incorporación de la computación electrónica y la necesidad de transformar la administración en salud en un cuerpo científico de conocimientos y métodos), las corrientes de pensamiento que exigen un cambio profundo de todas las estructuras a fin de permitir el proceso del desarrollo, el proceso de la reforma universitaria que plantea concepciones novedosas sobre el papel de la universidad en la sociedad moderna, el fermento de pensamiento en lo que se refiere al papel del estado moderno frente al desarrollo, la definición del sector salud y del equipo de salud dentro del marco del desarrollo, la abolición de barreras e integración funcional dentro del sector salud y el desarrollo de departamentos de medicina preventiva en las escuelas de medicina.

Se vive en un mundo en el cual se desarrolla una búsqueda intensa de nuevas vías de solución a problemas seculares, y la juventud atraviesa por una crisis expresada en huelgas y conflictos estudiantiles. Por cierto que las escuelas de salud pública no podrían permanecer indiferentes ante la convulsión social del Continente y están llamadas a adoptar una posición y definir su propio destino. Más aún, debido a su trayectoria histórica y a que generalmente concentran los mejores recursos humanos, tienen la responsabilidad de orientar los procesos de cambio en el sector en que funcionan, en vez de ir a la zaga de los acontecimientos.

La gran pregunta que surge es qué hacer y cómo. Ya no es cuestión de pulir el plan de estudios y asignar mayor número de horas a determinadas disciplinas, desechar cursos considerados como de dudoso rendimiento, estimular la investigación o incrementar las actividades de terreno. Es todo eso y mucho más: es definir el destino y el papel de las escuelas de salud pública en este momento histórico de la América Latina.

Esta podría ser en verdad la médula de discusión en la próxima Conferencia de Directores en Medellín, el próximo mes de diciembre de 1969, y cuyo tema es analizar las funciones de las escuelas de salud pública de la América Latina frente al cambio socio-económicos. Confiamos en que esas deliberaciones conduzcan a esclarecer respuestas a las graves preguntas planteadas más arriba y se defina una orientación para el futuro, el destino y la finalidad de las escuelas de salud pública.

## RESUMEN

El presente trabajo es el resultado de una encuesta llevada a cabo por el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organi-

zación Panamericana de la Salud en las diez escuelas de salud pública de la América Latina (Buenos Aires, Caracas, La Habana, Lima, Medellín, México, Río de Janeiro, San Juan de Puerto Rico, Santiago y São Paulo).

Contiene información referente al desarrollo histórico de las escuelas, su estructura administrativa y académica, los recursos humanos y materiales con los cuales cuentan, y las características de su alumnado y de sus egresados. Se trata de establecer una comparación entre las diferentes escuelas estudiadas en lo que respecta a los aspectos arriba mencionados. Se comparan algunos de los datos con los similares conocidos de las escuelas de salud pública de los Estados Unidos y del Canadá y, por último, se discute el papel que han de desempeñar las escuelas de salud pública de la América Latina en el proceso de desarrollo y cambio socio-económico de sus países.

---

## PUBLIC HEALTH SCHOOLS IN LATIN AMERICA

### *(Summary)*

This paper is based on a survey carried out by the Department for Development of Human Resources of the Pan American Health Organization in the ten Public Health Schools of Latin America (Buenos Aires, Caracas, Havana, Lima, Medellín, Mexico City, Rio de Janeiro, San Juan, Puerto Rico, Santiago and São Paulo).

The paper describes the development of the schools, their administrative and academic structure, human and material resources, and the characteristics of the students and graduates. Some of the data are compared with similar available information with reference to Public Health Schools in the United States and Canada. Finally, the future role of Latin American Public Health Schools in the development and economic and social changes in countries of the region is discussed.

---

## AS ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA NA AMÉRICA LATINA

### *(Resumo)*

O presente trabalho é o resultado de um levantamento levado a efeito pelo Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organi-

zação Pan-Americana de Saúde nas dez escolas de saúde pública da América Latina (Buenos Aires, Caracas, Havana, Lima, Medellín, México, Rio de Janeiro, São João de Pôrto Rico, Santiago e São Paulo).

Contém informações sôbre o desenvolvimento histórico das escolas, sua estrutura administrativa e acadêmica, os recursos humanos e materiais de que dispõem e as características de seu corpo discente e de seus doutorandos. Faz-se uma comparação entre as diferentes escolas estudadas, no que respeita aos aspectos acima mencionados. Comparam-se alguns de seus dados com os das escolas de saúde pública dos Estados Unidos e do Canadá e analisa-se o papel que es escolas de saúde pública da América Latina deverão desempenhar no processo de desenvolvimento e evolução sócio-econômica de seus respectivos países.

---

## LES ÉCOLES DE SANTÉ PUBLIQUE EN AMÉRIQUE LATINE

### (Résumé)

La présente étude est l'aboutissement d'une enquête menée par le Département de développement des ressources humaines de l'Organisation panaméricaine de la Santé dans les dix écoles de santé publique de l'Amérique latine (Buenos Aires, Caracas, La Havane, Lima, Medellín, Mexico, Rio de Janeiro, San Juan (Porto Rico), Santiago et São Paulo).

Elle fournit des détails concernant l'évolution historique des écoles, leur structure administrative et scolastique, les ressources humaines et matérielles dont elles disposent, les caractéristiques de leurs élèves et de leurs diplômés. L'étude cherche à établir une comparaison entre les différentes écoles en question en ce qui concerne les aspects mentionnés plus haut et fait un rapprochement entre certaines des données et des données analogues émanant des écoles de santé publique des Etats-Unis et du Canada; elle examine enfin le rôle qui incombe aux écoles de santé publique de l'Amérique latine dans le processus de développement et d'évolution socio-économique de leurs propres pays.

# La comunicación entre el médico y el paciente en las consultas externas

ANTONIO ORDOÑEZ PLAJA, LUCY M. COHEN y  
JULIAN SAMORA

*Incumbe a los investigadores en ciencias de la conducta ayudar a miembros de personal médico a organizar y mantener un sistema de estudios especializados que permita obtener conocimientos apropiados para dar a la enseñanza y a la práctica modernas de la medicina en la América Latina el relieve y la orientación que las necesidades aconsejan. Uno de los campos de estudio de mayor importancia en dicha enseñanza es la relación médico-paciente en medios institucionales tales como la consulta externa.*

**E**STUDIOS efectuados en instituciones de atención médica indican que el proceso de comunicación constituye, en las relaciones entre el médico y el paciente, un factor importante en la prestación de una asistencia médica adecuada.<sup>1</sup> Si el paciente es capaz de comunicar sus sín-

---

• El Dr. Ordoñez Plaja es Ministro de Salud Pública de la República de Colombia, Bogotá, Colombia; la Dra. Cohen es Jefe de Evaluación de Programas del Departamento de Salud, Gobierno del Distrito de Columbia, Washington, D.C., Estados Unidos, y el Dr. Julián Samora es miembro del Departamento de Sociología de la Universidad de Notre Dame, South Bend, Indiana, Estados Unidos.

• Publicado originalmente en inglés en el *Milbank Memorial Fund Quarterly*, de abril, 1968, Vol. XLVI, No. 2, Parte 1. Este estudio fue financiado con una subvención del *Basic Science Research Division, United States Department of the Army, Project No. 3A012501B813-08*.

<sup>1</sup> Véase, por ejemplo, Bloom, S.: *The Doctor and His Patient*, Russell Sage Foundation, Nueva York, 1963, págs 52-74; Bogdonoff, M. D., et al.: The doctor-patient relationship, *Journal of the American Medical Association*, 192:131-134 (abril 5) 1965; Freidson, E.: *Patients' Views of Medical Practice*, Russell Sage Foundation, Nueva York, 1961. Capítulos 9 y 10, págs. 171-207; Henderson, L. J.: Physician and patient as a social system, *New England Journal of Medicine*,

tomas, sentimientos, impresiones y juicios y explicar los cambios de su estado de tal manera que sean comprensibles para el médico, y si éste, a su vez, tiene sentido de comprensión, y sabe comunicar instrucciones y cómo hacer preguntas pertinentes, resulta obvio que existe una correspondencia entre una comunicación adecuada y una asistencia médica apropiada desde el punto de vista de ambos participantes.

La relación médico-paciente se rige por una serie de normas de conducta que establecen los tipos de comportamiento. El éxito de esta relación depende de la percepción que el médico y el paciente tengan el uno del otro, percepción en la que influyen considerablemente las fuerzas sociales y culturales que forman la matriz de la comunicación.<sup>2</sup>

La presente investigación dedica atención principal a la relación observada en tres departamentos de consulta externa en Colombia entre las diferencias de orden social y los conocimientos de vocabulario, por una parte, y las formas de comunicación entre el médico y el paciente, por otra.

## ESTUDIOS AFINES

En los últimos años se ha venido dando cada vez mayor importancia a la influencia que la pertenencia a ciertos grupos sociales tiene sobre la relación médico-paciente.

Los estudios hechos por Koos en Regionville y por Simmons en Chile y Perú indican que cuanto mayor es la diferencia social entre paciente y médico más difícil es establecer entre ellos relaciones de mutua confianza.<sup>3</sup> Saunders, Stycos y Spiegel han señalado que a través de las líneas que dividen las clases sociales en las sociedades complejas, pene-

---

212:819-823; Meares, A.: Communication with the patient, *The Lancet*, 663-667 (marzo 26) 1960; Skipper, J. K., et al.: Some possible consequences of limited communication between patients and hospital functionaries, *Journal of Health and Human Behavior*, 5:34-39, 1964; Pratt, L. A., et al.: "Physicians' Views on the Level of Medical Information among Patients," en Jaco, E. G. (Editor): *Patients, Physicians and Illness*, The Free Press, Glencoe, 1958, págs. 222-228; Szasz, T. S., y Hollender, M. H.: A contribution to the philosophy of medicine, *Archives of Internal Medicine*, 97:585-592 (mayo) 1956.

<sup>2</sup> Kutner, B.: "Physician-patient relationships: A theoretical framework," en Pealman, J., y Hartley, E. (Editores): *Festschrift for Gardner Murphy*, Harper and Brothers, Nueva York, 1960, págs. 258-273.

<sup>3</sup> Koos, E. L.: *The Health of Regionville*, Columbia University Press, Nueva York, 1954; Simmons, O. G.: Implications of social class for public health, *Human Organization*, 16:7-10; ———: Popular and modern medicine in mestizo communities of coastal Perú and Chile, *Journal of American Folklore*, 68:57-71.

tran los problemas de comunicación planteados por los conflictos de valores a que dan lugar diferencias existentes entre los diversos grupos étnicos. Si el médico y el paciente actúan dentro de estructuras culturales enteramente diferentes, pueden resultar discrepancias sobre las definiciones más generales de las funciones del paciente y del médico y entre las orientaciones y convicciones fundamentales acerca de la naturaleza de la misma enfermedad.<sup>4</sup> Ahondando en el problema, Foster indica que cuando los médicos son de una clase o casta alta y los pacientes pertenecen a las clases bajas, puede ocurrir que la efectividad de la comunicación y la adopción de nuevas prácticas médicas sean entorpecidas por la desconfianza mutua y la falta de respeto entre el médico y el paciente, los valores asociados a las divisiones en la estructura social y las creencias religiosas.<sup>5</sup>

Además de estos factores, Samora, Saunders y Larson señalan que en la comunicación médico-paciente cabe la posibilidad de que por insuficiencias de vocabulario el paciente entienda mal o no entienda del todo al médico. La probabilidad de un entendimiento insuficiente o erróneo es mayor cuando el paciente ha recibido muy poca instrucción, pertenece a un grupo étnico que ha conservado un idioma distinto del que se usa en la conversación médica local o procede de un medio de clase baja.<sup>6</sup>

Wilson señala que de todas las diferencias subculturales que pueden separar al médico del paciente en una sociedad dada, la más crítica quizás sea la subcultura de la propia profesión médica.<sup>7</sup> Freidson respalda esa opinión al indicar que la experiencia y los términos de referencia del profano y del profesional constituyen dos mundos distintos que están siempre en conflicto latente. Sostiene que esa separación parece ser inherente a la misma situación de la práctica profesional:

---

<sup>4</sup> Saunders, L.: *Cultural Difference and Medical Care*, The Russell Sage Foundation, Nueva York, 1954; Stycos, J. M.: Birth control clinics in crowded Puerto Rico, en Paul, B. D. (Editor): *Health, Culture and Community*, The Russell Sage Foundation, Nueva York, 1955, págs. 189-210; Spiegel, J. P.: The social roles of doctor and patient in psychoanalysis and psychotherapy, *Psychiatry*, 17:371 (noviembre) 1954, citado en King, S. H.: *Perceptions of Illness and Medical Practice*, The Russell Sage Foundation, Nueva York, 1962, págs. 224-227.

<sup>5</sup> Foster, G.: *Problems in Intercultural Health Programs*, Social Science Research Council, Nueva York, 1958, págs. 29-35.

<sup>6</sup> Samora, J.; Saunders, L., y Larson, R. F.: Medical vocabulary knowledge among hospital patients, *Journal of Health and Human Behavior*, 2:92, 1961.

<sup>7</sup> Wilson, R. N.: Patient-practitioner relationships, en Freeman, H. E., et al. (Editores): *Handbook of Medical Sociology*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, Nueva Jersey, 1963, pág. 283.

Desde su posición ventajosa, el médico percibe su separación atendiendo al paciente como un caso al que aplica las reglas y categorías generales que ha aprendido en el curso de su prolongada formación profesional. El paciente, interesado naturalmente en lo que ocurre, se siente obligado a juzgar y comprobar lo que le está sucediendo. No teniendo siempre la misma perspectiva que el médico, juzga lo que se está haciendo desde un punto de vista distinto del profesional. Tanto el profesional como el paciente concuerdan teóricamente en la finalidad de su relación —resolver los problemas del último—, pero los medios por los que ha de lograrse esta solución y las definiciones del problema, propiamente dicho, son fuentes de posibles divergencias.<sup>8</sup>

No se trata aquí de presentar una reseña completa de estudios relativos a la influencia de los factores sociales y culturales sobre la comunicación entre el médico y el paciente, sino de poner de manifiesto la complejidad del problema y la consiguiente necesidad de hacer cuidadosas distinciones antes de formular hipótesis sobre las variables que determinan la relación médico-paciente. La posición social, el grupo étnico a que se pertenece y el desconocimiento de vocabulario médico influyen en la percepción que el médico y el paciente se formen uno del otro. Los contrastes de valores y conocimientos motivados por el hecho de pertenecer a grupos diferentes, pueden ir en detrimento de la comunicación requerida por una práctica médica adecuada.

El “choque de perspectivas” que resulta de la posición del paciente como profano y de la del médico como profesional, pone de manifiesto que en las evaluaciones de la comunicación debe haber una apreciación objetiva de la naturaleza de la comunicación entre el médico y el paciente.<sup>9</sup> La búsqueda de una explicación de los factores que influyen en esa relación debe dar lugar a una mejor comprensión de la forma en que ciertas dimensiones socioculturales pueden influir en la relación médico-paciente.

## EL PRESENTE ESTUDIO

La presente investigación tiene por objeto examinar dos aspectos de la comunicación médico-paciente y efectuar la evaluación de dicha comunicación.

La primera fase tuvo que ver con la adaptación del estudio de Samora sobre el conocimiento del vocabulario médico entre enfermos hospitalizados.<sup>6</sup>

<sup>8</sup> Freidson, *op. cit.*, pág. 175.

<sup>9</sup> Para un examen más detallado, véase Freidson, *op. cit.*, págs. 190-191.



A los investigadores encargados del estudio les interesó averiguar en qué medida cabía atribuir la falta o poca comprensión de los pacientes a su desconocimiento de los términos médicos corrientemente utilizados y estudiar hasta qué punto factores tales como el nivel de instrucción y la procedencia influían en la capacidad del paciente para comprender el vocabulario utilizado.

El segundo aspecto de la investigación se consideró más amplio. Consistió en analizar las entrevistas médicas para determinar hasta qué punto el médico y el paciente se entendían durante la entrevista. Interesó en particular saber en qué grado las expectativas y reacciones recíprocas de los pacientes y de los médicos influían en la aptitud de unos y otros para comunicarse efectivamente. Al comienzo del estudio se había emitido la hipótesis de que cuanto mayor fuera la distancia social entre el médico y el paciente mayores serían las interpretaciones erróneas y las incomprendiones que se suscitarían en la comunicación.

También interesó saber hasta qué punto la forma de presentación del yo del médico y del paciente en el curso de la entrevista influía en la efectividad de la comunicación.<sup>10</sup>

En la evaluación de la relación médico-paciente es necesario determinar las barreras de comunicación que surgen durante la entrevista médica.

Según Ruesch y Bateson la comunicación se refiere no solamente a la transmisión verbal, explícita e intencional de mensajes, sino también a todos los procedimientos mediante los cuales individuos se influyen mutuamente.<sup>11</sup> Como indica Kimball, esta definición se basa en la premisa de que todos los actos y acontecimientos tienen aspectos comunicativos tan pronto como son percibidos por un ser humano; implica, además, que esa percepción modifica la información que posee un

---

<sup>10</sup> Los investigadores esperaban también estudiar en qué medida el grado de movilidad social del médico y del paciente influían en el proceso de comunicación. Se suponía, en principio, que un médico socialmente móvil se conducía de diferente manera que un médico de clase alta (posición segura) con respecto a los pacientes socialmente móviles o de posición segura. Las consultas externas escogidas para el estudio no ofrecieron, sin embargo, las condiciones necesarias para determinar la validez de esa hipótesis. Casi todos los pacientes pertenecían a un grupo homogéneo de pobres, de zonas rurales o urbanas, y entre los médicos figuraban tanto médicos de mucha experiencia como estudiantes de medicina.

<sup>11</sup> Ruesch, J. y Bateson, G.: *Communication, the Social Matrix of Psychiatry*, W. W. Norton & Company, Inc., Nueva York, 1951, como se cita en Kimball, S.: *Communication modalities as a function of social relationships, Transactions of the New York Academy of Sciences*, págs. 459-460.

individuo e influye por consiguiente en él.<sup>12</sup> Estas percepciones son, en parte, función de los procesos sociales y valores culturales que rigen la conducta de personas tales como los médicos y los pacientes, como miembros de la sociedad y participantes en la vida de las organizaciones médicas.

El método seguido en el estudio se ajustó a los modelos propuestos por Kimball y otros, quienes han indicado que una manera útil de analizar los mecanismos de la comunicación consiste en separar los elementos verbales de los no verbales.<sup>13</sup> La efectividad del lenguaje hablado se debe no sólo a sus aspectos denotativos —lo que representan las palabras— sino también a sus aspectos connotativos —lo que sugieren las palabras. Así, los términos pueden desorientar a los pacientes en razón de los diferentes sentidos que les dan el médico y el paciente.<sup>14</sup>

El estudio de los aspectos no verbales de la comunicación, por ejemplo, el lenguaje de los signos, el lenguaje de los actos y el lenguaje de los objetos,<sup>15</sup> complementa el análisis de la comprensión en el plano verbal. El análisis de la comunicación no verbal es pertinente en las entrevistas médicas porque la comunicación terapéutica con el paciente comprende el establecimiento de la armonía que constituye la base de la relación médico-paciente y que es, como ha indicado Meares, una relación afectiva establecida por la comunicación extraverbal y no verbal de emociones. El médico debe aprender a utilizar él mismo la comunicación no verbal ya que hay algunas ideas que sólo pueden transmitirse bien por ese medio.<sup>16</sup>

El estudio conjunto de la comunicación verbal y no verbal en las entrevistas médicas ofrece una base para descubrir las formas características en que médicos y pacientes se presentan unos a otros. La descripción de “tipos sociales” para indicar modelos de reacción diferencial entre médicos y pacientes, puede ayudar al estudiante de ciencias

---

<sup>12</sup> Kimball, *op. cit.*, págs. 459-460.

<sup>13</sup> *Ibid.*, pág. 460.

<sup>14</sup> King, *op. cit.*, págs. 227-231.

<sup>15</sup> “El lenguaje de los signos comprende todas las formas de codificación en las que las palabras, los números y los signos de puntuación han sido substituidos por gestos; el lenguaje de los actos abarca todos los movimientos que no se usan exclusivamente como señales. (Los actos de andar y beber tienen la doble función de atender necesidades personales y constituyen declaraciones para los que pueden percibirlos). El lenguaje de los objetos comprende toda exhibición intencional y no intencional de cosas materiales, como utensilios, objetos de arte, el cuerpo humano y todo lo que lo viste y cubre,” Ruesch, J., y Kees, W., *Nonverbal Communication*, University of California Press, Berkeley, 1961, pág. 189.

<sup>16</sup> Meares, *op. cit.*, pág. 667.

psicosociales a identificar algunos de los temas dominantes de la relación médico-paciente en una consulta externa, por ejemplo, la expresión de las relaciones de autoridad y las reacciones a las mismas.<sup>17</sup> En los ensayos de esta clase para describir las formas características en que se produce el encuentro del paciente y el médico, se parte del supuesto de que las pautas de comunicación de un médico o de un paciente no pueden examinarse separadamente, pues ambos se comunican en función de sus percepciones con respecto al otro y las autodefiniciones provienen de los conceptos que ellos se forman de su papel recíproco en la situación interpersonal.

Al dedicar atención especial a esos temas se hizo con el fin de ofrecer un conocimiento inicial de los procesos de comunicación en las organizaciones clínicas que completara los trabajos de investigación orientados hacia la salud pública en el medio rural, materia en la cual se han centrado muchos de los estudios sobre ciencias sociales en medicina efectuados en Colombia.<sup>18</sup>

Se contó con que los resultados de las investigaciones pudieran contribuir a la solución de cuestiones teóricas de interés para la comuni-

---

<sup>17</sup> Se puede encontrar un examen más detallado de la utilidad de la idea del tipo social en el estudio del comportamiento orgánico en Wheeler, S.: *The Structure of Formally Organized Socialization Settings*; en Brim, O. G., y Wheeler, S.: *Socialization after Childhood*, John Wiley & Sons, Inc., Nueva York, 1966, págs. 76-77.

<sup>18</sup> Segundo, B. V.: Medicina y magia entre los paeces, *Revista Colombiana de Antropología*, 2:219-263, 1954; Flores, L.: Medicina, magia y animismo en Segovia de Antioquia, *Revista de Folklore*, 6:184-236 (enero), 1951; Gutiérrez de Pineda, V.: *La Medicina Popular en Colombia*, Monografías Sociológicas No. 8, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1961; ———: *Alcohol y Cultura en una Clase Obrera*, Bogotá, Academia Colombiana de Historia, *Homenaje al Profesor Paul Rivet*, 1958, págs. 116-168; ———: Causas culturales de la mortalidad infantil, *Revista Colombiana de Antropología*, 4:13-85, 1955; Pineda, R.: Aspectos de la magia en la Guajira, *Revista del Instituto Etnológico Nacional*, 3:51-106, 1947; Reichel-Dolmatoff, G., y Reichel-Dolmatoff, A.: Nivel de salud y medicina popular en una aldea mestiza colombiana, *Revista Colombiana de Antropología*, 7:199-249, 1958; Sayres, W. C.: Ritual drinking, ethnic status and inebriety in rural Colombia, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17:53-62 (marzo) 1956; Velásquez, R.: La medicina popular en la costa colombiana del pacífico, *Revista Colombiana de Antropología*, 6:195-258, 1957; para un examen más detallado de la tendencia de las investigaciones sobre ciencias del comportamiento en Latinoamérica, véase Sepúlveda, O.: Research on Behavioral Science and Medicine in Latin America, en Badgley, R. F. (Editor): *Behavioral Science and Medical Education in Latin America*, Milbank Memorial Fund, Nueva York (abril) 1966, págs. 52-69 (existe también en español).

cación entre médicos y pacientes, con la esperanza también de que las ideas que surgieran en el curso del estudio, así como las conclusiones específicas, ofrecieran una base para proseguir estudios más extensos.

### *Lugar de la investigación*

La investigación se llevó a cabo en los departamentos de consulta externa de tres hospitales generales que las escuelas de medicina utilizan con fines docentes. Los departamentos se hallan en tres ciudades colombianas, con una población de más de un millón de habitantes cada una, situadas en tres regiones del país de muy distintas condiciones geográficas y culturales. Se estimó que la posibilidad de efectuar investigaciones en esos sitios ofrecería un material que podría utilizarse para establecer comparaciones y contrastes. Los funcionarios y educadores allí residentes manifestaron un gran interés en facilitar los medios de estudio de que disponían y en relacionar con la práctica médica los resultados de la investigación.

### *Muestra de pacientes*

De los 59 pacientes participantes en el análisis, 43 eran mujeres y 16 hombres, todos los cuales acudían a las consultas externas por primera vez.<sup>19</sup> El 49% de esos pacientes estaban en la Consulta Externa A, el 38% frecuentaban la Consulta Externa B, y el 13% fueron atendidos en la Consulta Externa C.<sup>20</sup> A todos ellos se les comunicó que habían

---

<sup>19</sup> El plan inicial comprendió una muestra aleatoria de 100 pacientes de origen rural y urbano que acudían a la consulta externa por primera vez, pero después del período inicial de la investigación se decidió emprender un estudio más intensivo de las entrevistas entre médicos y pacientes en las consultas externas escogidas al efecto.

La relación paciente-sexo en el estudio es representativa de la relación varón-mujer en las clínicas. La mayor proporción de mujeres se debe probablemente a que en Colombia los servicios de asistencia médica con cargo a los programas del Seguro Social Nacional abarcan mayor número de hombres que de mujeres. Las mujeres no comprendidas en el seguro del Estado tendían a recurrir a los servicios médicos puestos a disposición de los pacientes de ingresos bajos o indigentes, por ejemplo, los servicios de asistencia médica patrocinados por entidades privadas y organismos semioficiales como la Beneficencia, y los centros de salud pública. Las consultas externas comprendidas en el presente estudio se hallaban en hospitales patrocinados por la Beneficencia y por fondos públicos.

<sup>20</sup> Estas diferencias de proporción dependieron del tiempo de que disponía el investigador de la región.

sido escogidos para participar en un proyecto especial con objeto de que el conocimiento de sus casos permitiera mejorar los servicios. Se escogió a enfermos "nuevos" para tener la seguridad de que ninguno de los que formaban el grupo había tenido ocasión de aprender el vocabulario médico por haber participado en actividades desarrolladas en esos medios o haber tenido contacto directo con el personal médico.

El grupo estuvo dividido casi por igual entre pacientes de zonas urbanas<sup>21</sup> y pacientes de zonas rurales. La mayoría de los primeros vivían en las tres ciudades donde se hallaban las tres consultas externas seleccionadas, mientras que la mayor parte de los pacientes de zonas rurales eran campesinos procedentes de colectividades agrícolas o de aldeas situadas en la misma región cultural en la cual estaba el hospital.

La mayor parte de los pacientes seleccionados tenían de 20 a 45 años de edad. Se escogió este grupo de edad para que la ignorancia de la terminología o de los principios médicos no se debiera a una edad incipiente, a fallas de memoria propias de una edad avanzada o a problemas afectivos de origen menopáusico. El 71% de los pacientes quedaron comprendidos en ese grupo; los restantes fueron divididos en grupos más viejos y más jóvenes.

La muestra estuvo representada por individuos de clase baja de ingresos inestables o sin ningún ingreso. La mayor parte de los hombres eran trabajadores del campo o peones no especializados y la tercera parte de las mujeres eran domésticas o trabajaban por cuenta propia en calidad de costureras, por ejemplo. Casi todos los pacientes tenían una instrucción elemental limitada, pero en general las mujeres habían frecuentado la escuela más que los hombres.

### *Muestra de médicos*

Los 17 médicos escogidos para el estudio fueron seleccionados por los administradores de común acuerdo con los investigadores. Aunque la muestra no puede en modo alguno calificarse de "representativa", se procuró formar un grupo aleatorio que correspondiera al de los médicos que ejercían en cada institución. Ninguno se negó a participar en la investigación.

---

<sup>21</sup> Los investigadores no ignoran los problemas que supone clasificar como "urbanas" a personas de origen rural. Factores tales como el mantenimiento de prácticas propias de un origen rural pueden influir en las cualidades "urbanas" de ciertos grupos de individuos. En el presente estudio se utilizó el término "urbano" para definir la residencia permanente en ciudades.

El personal médico de las tres consultas externas poseía diferentes niveles de formación. La muestra estaba, pues, compuesta de médicos de plantilla (41%), estudiantes de medicina de cuarto año (35%) y médicos residentes (24%). Se registraron por término medio 3,5 entrevistas a intervalos separados, por médico.

### *Método*

Todas las entrevistas de médicos con pacientes se grabaron en cinta magnetofónica. Inmediatamente después de esos contactos el médico fue entrevistado por el médico investigador y el paciente por el antropólogo. Se pidió a los médicos que identificaran los posibles problemas de comunicación con el paciente y que dieran alguna impresión general del paciente como persona. En las entrevistas con los pacientes se trató de reunir datos relativos a su medio sociocultural, de averiguar qué procedimientos habían seguido para buscar ayuda en la solución de sus problemas y de conocer sus impresiones generales sobre el médico y la experiencia clínica.

Cierto número de entrevistas no estructuradas con personal hospitalario de diferente nivel jerárquico y laboral aportaron datos suplementarios sobre la comunicación médico-paciente, tal como la entienden otros miembros de la organización médica. Estos contactos facilitaron asimismo datos sobre la idea que el personal médico se forma de sus funciones propias y de las de otros miembros del grupo médico. Las observaciones efectuadas sobre el ciclo de actividad seguido por los nuevos pacientes clínicos y por el personal que los atiende contribuyeron a un conocimiento general de las relaciones de aquéllos en el medio clínico.

### *Procedimientos de evaluación*

Para evaluar la efectividad de la comunicación verbal literal se tomaron en consideración los juicios emitidos separadamente por los pacientes, los médicos y los investigadores.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Las respuestas se clasificaron como: 1) Adecuadas; 2) Aproximadamente adecuadas, y 3) Inadecuadas. Se usó la clasificación "Adecuada" cuando el médico y el paciente pudieron comunicarse y comprenderse bien durante la entrevista; "Comprensión aproximada" cuando a juicio del evaluador hubo ciertos problemas de comunicación entre el médico y el paciente pero no lo suficientemente graves para que se erigieran considerables barreras entre ellos, y "Comprensión inadecuada" cuando a juicio del evaluador se presentaron graves problemas de comunicación entre el médico y el paciente.

En lo que respecta al estudio y al análisis del vocabulario, los investigadores escogieron una lista de diez términos que parecían ser de uso frecuente entre los pacientes en una de las tres consultas externas estudiadas. Este vocabulario se escogió tomando como base las sugerencias hechas por el personal médico y las observaciones formuladas por los investigadores.<sup>23</sup>

Las palabras fueron presentadas a los pacientes durante la entrevista con el investigador, la cual tuvo lugar después de su primera visita con los médicos clínicos. La mayor parte de las palabras se usaron en frases, en un contexto que se consideraba significativo para el paciente entrevistado.<sup>24</sup>

Las respuestas fueron archivadas por el investigador en la forma ordinaria, pero la puntuación la hicieron los investigadores después de la entrevista, con ayuda de las transcripciones de la cinta magnetofónica. Para la evaluación se utilizó el siguiente método de puntuación cuádruple, adaptado del estudio de Samora:<sup>8</sup>

1. *Conocimiento exacto*: Cuando a juicio de los investigadores el paciente manifestó una comprensión adecuada del término, aunque su identificación no coincidiera exactamente con la definición técnica del mismo.
2. *Conocimiento aproximado*: Cuando a juicio de los investigadores el paciente demostró una comprensión suficiente a efectos prácticos, puesto que en el contexto de la entrevista médica no cometió errores de interpretación.
3. *Falta de conocimiento*: Cuando a juicio de los investigadores el paciente no conocía el significado de la palabra o su uso en el léxico médico o cuando lo conocía, pero de manera tan vaga que podía decirse que lo ignoraba.
4. *Conocimiento erróneo*: Cuando a juicio de los investigadores el paciente expresó una comprensión errónea del término.

Para apreciar los modos de presentación del yo se hizo una evaluación de los elementos verbales y no verbales que se consideró podían influir

---

<sup>23</sup> Antes de seleccionar las palabras en el medio ambiente del hospital, el médico investigador realizó una encuesta en un grupo aleatorio de 40 médicos, quienes le indicaron 20 términos de uso frecuente en sus entrevistas médicas. El 12% del grupo respondió a la encuesta.

<sup>24</sup> Samora, *op. cit.*, pág. 84. Samora presentó los términos en frases sencillas, uniformes y en la forma en que solían utilizarse en medios hospitalarios. Los investigadores trataron más bien de averiguar qué noción tenía el paciente del término.

en la forma en que se producía el encuentro del médico y el paciente. Comprendieron estos elementos el tono y el timbre de voz, la manera de formular las preguntas y la comunicación de tipo afectivo, tal como la que se producía cuando el médico le daba a entender al paciente que comprendía sus sentimientos y que le interesaban los acontecimientos de su vida.<sup>25</sup>

Se formó un grupo de siete jueces —un sociólogo, dos antropólogos, un psicólogo, un psicoanalista, un endocrinólogo y un cirujano— a quienes se pidió que escucharan por término medio tres de las entrevistas grabadas, escogidas al azar.

## RESULTADOS

### *Análisis de la comunicación verbal*

Tanto los médicos como los pacientes convinieron en que eran pocas las barreras que menoscababan su aptitud para comprenderse recíprocamente en el plano verbal. Así, en el 90% de los casos, los médicos indicaron que habían comprendido a los pacientes, en el 3% mencionaron “serios problemas” y en el 7% indicaron una mediocre comprensión de la comunicación verbal por parte de sus pacientes.

Los casos que plantearon a los médicos problemas reconocidos de comunicación fueron aquellos en los cuales los pacientes presentaban síntomas “vagos” de difícil interpretación o en los cuales los pacientes venían a que el médico les “confirmara” un diagnóstico. Un médico residente dijo:

La entrevista con esta paciente es de las difíciles porque son pacientes que tienen varios problemas psicosomáticos, de manera que tienen problemas en casi todas las esferas somáticas . . . abdominales, nerviosos, musculares . . . y otra de sus características es que tienden a dar detalles . . . así que . . . si se le interrumpe pierde inmediatamente espontaneidad o hay que dirigir la entrevista y entonces pierde también en parte la espontaneidad . . . En esta entrevista no pude llegar a la raíz del problema de la enferma . . . Parece como si tratara de esconderse en ella misma . . . insiste en que ella no tiene ningún problema. [*El entrevistador:*] ¿Pero usted cree que ella

<sup>25</sup> Se encuentran referencias útiles sobre este particular en: Bogdonoff, *op. cit.*, págs. 131-134; Goffman, E.: *The Presentation of Self in Everyday Life*, Anchor Books, Doubleday & Company, Inc., Nueva York, 1959; Greenson, R. R.: Empathy and Its Vicissitudes, *International Journal of Psychoanalysis*, 41:418-424 (julio-octubre) 1960; Kutner *op. cit.*, págs. 258-273; Meares, *op. cit.*, págs. 663-667.



entendió sus preguntas? [*El entrevistado*] Desde ese punto de vista, desde el punto de vista somático, ella dio detalles minuciosos, pero harán falta muchas más entrevistas para llegar al fondo del problema.

En el 83% de los casos los pacientes declararon que habían entendido al médico, mientras que el 9% estimaron que les había costado algún trabajo entenderle. Sólo en el 5% de los casos manifestaron los pacientes haber tenido gran dificultad para entender al médico. No se conocieron datos respecto del 3% de los casos.

Los factores relacionados con las diferencias en materia de instrucción oficial, edad, origen o sexo no parecieron influir considerablemente en la aptitud de los enfermos para entender al médico. Sin embargo, cuando los datos se analizaron por región, se observó que, con una sola excepción, todos los pacientes que manifestaron haber tenido problemas de comprensión habían frecuentado la misma consulta externa. Casi todos los pacientes eran de origen rural. Las mujeres del grupo tendieron a hacer hincapié en las dificultades que tenían para comprender las preguntas del médico referentes a la menstruación o a cuestiones sexuales conexas. Una campesina dijo:

. . . Casi no le entendí, señorita. Me dijeron . . . el ayudante me dijo . . . que volviera en marzo, no sé . . . en mayo . . . el doctor sólo me dijo que regresara a un examen. [*El entrevistador*] ¿Qué clase de examen, neurológico? [*La entrevistada*] No, señorita, no sé que es eso. . . . [*El entrevistador*] ¿Y las preguntas del médico? ¿Las entendió usted o hubo algunas que no eran muy claras? [*La entrevistada*] Me preguntó si reñía con mi marido y todo eso. Yo le dije que no . . . ¡quién sabe de qué se trataba! Yo no sé si la enfermedad era por reñir con él. . . . ¡quién sabe de qué se trataba!

Para evaluar mejor la efectividad de la comunicación médico-paciente se hizo un análisis del vocabulario que se juzgó característico del léxico médico.

El número de respuestas sobre "conocimiento exacto" fue por término medio de 7,3 palabras. Como se indica en el Cuadro No. 1, ninguno de los pacientes tenía un "conocimiento exacto" de todas las palabras y ninguna de las palabras fue definida adecuadamente por todos los pacientes. Más del 83% tenía un "conocimiento exacto" de las palabras "receta", "medicamento o remedio", "vómito" y "cólico". Los términos "diarrea" y "rayos X" fueron comprendidos por más del 71% de los pacientes. Más del 45% tenía un "conocimiento exacto" de las expresiones "náusea", "examen de laboratorio" y "crónico". Es interesante observar que el 43% de los pacientes manifestaron "falta

CUADRO NO. 1—*Respuestas adecuadas e inadecuadas a diez términos médicos.*

Término médico	Evaluación de la respuesta							
	Conocimiento exacto		Conocimiento aproximado		Falta de conocimiento		Conocimiento erróneo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Receta	56	94,9	0	0,0	3	5,1	0	0,0
Medicamento o remedio	56	94,9	0	0,0	3	5,1	0	0,0
Vómito	53	89,8	1	1,7	2	3,4	3	5,1
Cólico	49	83,0	2	3,4	3	5,1	5	8,5
Diarrea	47	79,8	2	3,4	2	3,4	8	13,4
Rayos X	42	71,2	7	11,8	10	17,0	0	0,0
Náusea	33	55,9	0	0,0	23	39,0	0	5,1
Examen de laboratorio	32	54,2	0	0,0	25	42,4	2	3,4
Crónico	27	45,8	4	6,7	27	45,8	1	1,7
Cáncer	1	1,7	44	74,6	13	22,0	1	1,7
Total	396	67,1	60	10,1	111	18,8	20	4,0

de conocimiento" de estos tres términos, el porcentaje más elevado observado en esta categoría. Entre las palabras más frecuentemente consideradas como "erróneas", el 13% de los pacientes tenía un concepto erróneo del término "diarrea" y el 9% de la expresión "cólico".<sup>26</sup>

Se consideró que en el conocimiento del vocabulario intervenían cuatro factores: sexo, edad, grado de instrucción y procedencia. Como se puede observar en el Cuadro No. 2, no hubo diferencias apreciables en los tipos de respuesta total según el origen o el sexo. Sin embargo, al analizar los tipos de respuesta específica se halló que los pacientes de origen urbano tenían un porcentaje mayor de respuestas "exactas" (ocho o nueve palabras). El porcentaje de respuestas exactas fue más elevado entre los pacientes de 31 a 40 años de edad que entre los de menor o mayor edad. Estos pacientes tenían, pues, un "conocimiento exacto" de más del 76% del vocabulario, mientras que entre los de mayor o menor edad el porcentaje más alto fue del 68,5% (Cuadro No. 3). Como era de prever, cuanto mayor había sido la instrucción primaria recibida por los pacientes de ambos sexos, mayor fue el número de respuestas que denotaban un conocimiento "exacto" (Cuadro No. 4).

En cuanto a la relación entre las respuestas del vocabulario y la aptitud del paciente para comprender al médico, es interesante señalar que aquellos que tuvieron alguna dificultad en comprenderlo dieron un promedio de 5,5 de respuestas demostrativas de "conocimiento exacto" en el estudio del vocabulario, lo que contrasta con el promedio general de respuestas "exactas", que fue de 7,3, como se ha dicho antes.

### *Análisis de la comunicación verbal*

El porcentaje de casos en que médicos y pacientes reconocieron haber tropezado con dificultades para entenderse fue bajo, pero estos casos ofrecen guías importantes para futuros estudios. Es interesante notar que los pacientes de zonas rurales que tenían un escaso conocimiento del vocabulario médico y que declararon haber tenido dificultades para comprender al médico habían acudido a la misma consulta externa. Otra observación de interés es que la mayor parte de las mujeres que expresaron haber tenido dificultades de entender al médico tenían

---

<sup>26</sup> En otro artículo más detallado se ofrecerá un análisis más completo de las respuestas características dadas a determinadas palabras. Para los fines del presente trabajo bastará recalcar la posible relación entre el vocabulario y las características generales de la comunicación médico-paciente observada en el estudio.

CUADRO No. 2—Porcentaje de respuestas correctas e incorrectas a diez términos médicos, por origen y sexo.

Evaluación de la respuesta	Zonas rurales			Zonas urbanas			Total		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Conocimiento exacto	57,06	69,09	61,79	71,92	72,90	71,20	66,05	70,00	67,22
Conocimiento aproximado	8,82	10,91	9,64	11,15	10,0	10,80	10,23	10,00	10,17
Falta de conocimiento	27,65	18,18	23,93	13,08	14,19	14,19	18,89	18,75	18,81
Conocimiento erróneo	6,47	7,89	4,64	3,85	3,01	3,81	4,83	1,25	3,90

CUADRO No. 3—*Respuestas correctas e incorrectas a diez términos médicos, por edad.*

Edad en años	Evaluación de la respuesta							
	Conocimiento exacto		Conocimiento aproximado		Falta de conocimiento		Conocimiento erróneo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
19 o menos	37	52,8	9	12,8	22	31,4	2	3,0
20-25	39	65,0	6	10,0	13	21,7	2	3,3
26-30	31	62,0	5	10,0	14	28,0	0	—
31-35	81	81,0	11	11,0	5	5,0	3	3,0
36-40	46	76,7	5	8,3	7	11,7	2	3,3
41-45	59	65,5	8	8,9	15	16,7	8	8,9
46 o más	89	68,5	12	9,2	26	20,0	3	2,3
No hay datos	14	46,7	4	13,3	9	30,0	3	10,0
Total	396	67,1	60	10,1	111	18,8	23	4,0

CUADRO NO. 4—*Respuestas correctas e incorrectas a diez términos médicos, según los años de instrucción recibida.*

Instrucción	Conocimiento exacto		Conocimiento aproximado		Falta de conocimiento		Conocimiento erróneo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Analfabetos	79	56,4	12	8,6	40	28,6	9	6,4
1 a 2 años de escuela primaria	131	65,5	18	9,0	45	22,5	6	3,0
3 a 5 años de escuela primaria	156	74,3	26	12,4	22	10,4	6	2,9
Instrucción superior a la primaria	24	80,0	3	10,0	1	3,3	2	6,7
No hay datos	6	60,0	1	10,0	3	30,0	0	0,0
Total	396	67,1	60	10,1	111	18,8	23	4,0

a exponer quejas de carácter sexual, tales como la menstruación y preocupación sobre la posibilidad de embarazo. Por pequeño que sea este grupo, no puede pasarse por alto en una investigación más extensa destinada a determinar las causas de los problemas de comunicación planteados en los medios clínicos. El origen rural y el conocimiento insuficiente del vocabulario pueden suscitar mayores dificultades en materia de comunicación, aunque ello depende de la naturaleza del problema y de la forma en que la organización de la consulta externa esté orientada hacia los pacientes.

Volviendo a las observaciones hechas en la mayor parte de los participantes en el estudio, se advirtió que los problemas planteados en la comunicación verbal entre el médico y el paciente eran relativamente pocos. Estas observaciones sorprenderán quizás a los investigadores y a otros estudiosos interesados. Como se ha indicado en el capítulo dedicado a la revisión de estudios afines y en las tesis enunciadas en la introducción, cuando existe una distancia social entre el médico y el paciente, sea porque pertenecen a clases distintas, sea por causa de otras variables subculturales, sea, en fin, por insuficiencia de vocabulario, por lo general se plantean problemas de comunicación verbal.

La explicación de las presentes conclusiones parecería estar relacionada con la opinión general del personal de las consultas externas, según la cual los pacientes a su cargo tendían a presentar problemas de comunicación. Así, el personal médico partió del supuesto de que sus pacientes de clase baja ignoraban todo lo referente a la medicina científica, así como las técnicas y la terminología de la práctica médica "moderna". Miembros del personal paramédico, por ejemplo, ayudantes, fueron situados en lugares estratégicos para facilitar a los pacientes "información" y "aclaraciones". Los médicos tuvieron presente la necesidad de repetir con otras palabras los principios médicos fundamentales que los pacientes no comprendían inmediatamente; contaron, además, con ayudantes que interpretaron las prescripciones al final de las entrevistas.

Las observaciones efectuadas en las consultas externas pusieron de manifiesto, sin embargo, una nueva dimensión del problema que no puede ser pasada por alto. A pesar de que el personal paramédico y el personal de orientación tenían instrucciones de presentar el material verbal en términos que los pacientes pudieran comprenderlo, siguieron presentándose problemas de comunicación. La marcada tendencia de los pacientes a consultarse unos con otros o a preguntar a personas que pasaban por su lado para aclarar ciertos términos o tener una orienta-

ción general del sitio en que se hallaban, revelaron la existencia de hiatos de comunicación entre pacientes y el personal paramédico.

En sus conversaciones con los médicos, los pacientes tuvieron pocas dificultades en comprender el sentido general de los temas tratados. Si los pacientes desconocían o entendían erróneamente los términos “clave” de un tema general de conversación, los médicos los expresaban en otras palabras. De esta manera, los pacientes comprendieron casi siempre las preguntas de rutina para obtener la historia clínica, por ejemplo: “problemas planteados”, historia de otras enfermedades, operaciones, menstruación, micción, defecación, etc. En este plano denotativo se presentaban relativamente pocos problemas de comunicación. Los pacientes comprendían el sentido de las palabras.

Los problemas eran, en cambio, evidentes cuando se trataba de averiguar síntomas más específicos relacionados con los principales temas de discusión, porque los médicos tendían a dar por sentado que los pacientes podían explicar fácilmente la diversidad de síntomas específicos necesarios en el establecimiento del diagnóstico. La comunicación sobre indicadores, tales como la regularidad menstrual y la regulación o el color de la orina —elementos específicos que constituyen la base del diagnóstico— fue causa de frecuentes problemas de comunicación entre el médico y el paciente. El clásico médico que se esforzaba en que su paciente comprendiera el tema “general” de la conversación, con frecuencia no lograba mantener la misma sensibilidad a los problemas de comunicación una vez que empezaba a desglosar su interrogatorio en los elementos necesarios para obtener un cuadro completo para el diagnóstico.

Los tres ejemplos que siguen ponen de manifiesto este tipo de problema. Debe señalarse que no todos los médicos y pacientes reaccionan del mismo modo en caso de comunicación deficiente. El primero y el tercer caso señalan las medidas correctivas que toma un médico o un paciente cuando reconoce que existen problemas de comunicación. El segundo caso, característico de las situaciones en que ni el médico ni el paciente identifican sus problemas recíprocos en materia de comunicación, constituye un ejemplo de caso “difícil”.

En el primer ejemplo, el médico empezó el diálogo dando por supuesto que la paciente conocía cuáles eran los signos “difíciles” relacionados con la micción; según indica el diálogo, el médico se dio cuenta de la dificultad que tenía la enferma para comprenderle y procedió a formular preguntas más concretas.



- M. ¿Cómo está su orina?  
P. ¿Qué? ¿Mi orina? ¿Está mal?  
M. Está bien. ¿Orina usted regularmente?  
P. Ah, sí . . .

En el segundo caso, el médico trata de indagar sobre la regularidad de la menstruación. Las contestaciones de la paciente indican que tiene muy poco conocimiento "científico" de la relación entre la menstruación y, por ejemplo, el embarazo. En el curso de la conversación el médico consigue con una variedad de preguntas que la paciente dé las respuestas "esperadas":

- M. ¿Cómo viene su ciclo?  
P. No, doctor, no viene frecuentemente.  
M. ¿Con qué frecuencia le viene su ciclo?  
P. Unas veces viene cada seis meses, otras cada siete, otras cada tres.  
M. ¿Y cuánto tiempo le dura?  
P. Me dura ocho, ocho días.  
M. ¿Cuánto tiempo hace que es así?  
P. No, doctor, desde que empecé a menstruar.  
M. ¿Desde que empezó a menstruar?  
P. Sí, doctor.  
M. ¿Ha tenido usted hijos?  
P. Sí, doctor . . .  
M. ¿Cómo sabe usted cuándo está embarazada?  
P. No, doctor, cuando me crece el estómago.  
M. ¿Me dice usted que le viene cada tres, cuatro, cinco meses?  
P. Sí, doctor, pero algunas veces no me viene, con las dos niñas no me vino, pero me enteré de que estaba embarazada cuando ya lo estaba.  
M. Por eso le pregunto si ha menstruado usted siempre cada tres, cuatro, cinco meses.  
P. No, doctor.  
M. ¿Entonces, cada cuánto tiempo?  
P. Es decir, no tengo fecha fija.  
M. Pero dígame más o menos cada cuánto tiempo menstrúa usted en general; ¿cada mes y medio, cada mes, ocho días, seis meses, cinco meses?  
P. Sí, doctor.  
M. Es decir, cuándo empezó usted a menstruar por primera vez ¿cuántas veces le venía?  
P. Es decir . . .  
M. ¿Cuándo le vino?

- P. Sí, doctor, después de mi primera menstruación pasaron ocho meses antes de la siguiente menstruación.
- M. ¿Y después de ésta?
- P. Después de ésta tardó tres meses en venir.
- M. ¿Y después?
- P. Después pasaron seis meses y volvió.
- M. ¿Y después?
- P. Después en . . . cada tres meses.
- M. ¿Y siempre ha sido así?
- P. Siempre ha sido así.

En la siguiente situación, el médico hizo preguntas sobre el color de la orina, factor que no era significativo para la paciente. Pero en vez de adivinar la respuesta, la paciente hizo saber vivamente al médico que debido a sus condiciones de vida no había estado consciente del color de su orina:

- M. ¿Cómo es su orina? ¿Ha notado usted algún cambio, un aumento de la cantidad de orina, o un cambio de color?
- P. ¿Amarillenta?
- M. Amarillenta, ¿ha sido alguna vez roja?
- P. No, doctor . . .
- M. ¿Ha tenido alguna vez su orina color de barro . . . como si estuviera sucia? ¿Como si estuviera . . . mal oliente?
- P. Bueno, verá usted, como yo vivo en el campo hay que orinar en el suelo, de modo que uno casi no se da cuenta.

### *Análisis de la forma de presentación del yo*

El examen precedente de los problemas de comunicación verbal entre el médico y el paciente ofreció material apropiado para la práctica de la encuesta. Se estimó, además, que la identificación de los estilos dominantes de interacción entre el médico y el paciente podía completar el análisis detallado de la comunicación verbal. Una concentración de interés en los modos característicos de comunicación entre el médico y el paciente podría inducir al investigador a tratar de definir lo que Wheeler ha descrito acertadamente como las reacciones diferenciales que suscitan en instituciones los problemas en ellas planteados y podría asimismo facilitar los estudios sobre la posible relación entre los tipos de interacción y los problemas de comunicación.<sup>27</sup>

Volviendo al examen de la forma característica en que pacientes y médicos se presentaron a sí mismos en las entrevistas clínicas, pusieron

---

<sup>27</sup> Wheeler, *op. cit.*, pág. 76.

de manifiesto cuatro tipos distintos. Los médicos se presentaron ellos mismos como: 1) "burócratas", 2) "inseguros y detallados", 3) "seguros de sí mismos" y 4) "de inclinación amable y expresiva". Los pacientes se presentaron como: 1) "colaboradores positivistas", 2) "imprecisos o difíciles de definir", 3) "colaboradores gustosos" y 4) "tipos diversos".

1. El médico "burócrata" y el paciente "colaborador positivista": En el 55% de las entrevistas los médicos tendieron a presentarse como "burócratas".<sup>28</sup>

Ocupados en su tarea inmediata de establecer un diagnóstico y tomar decisiones sobre la disposición del caso, estos médicos reunieron el material necesario para la historia clínica, pero manifestaron poco interés por la preocupación de los pacientes motivada por los problemas expuestos en la sala de consulta. En su manera de tratar el caso y de comunicarse con el paciente, los "burócratas" sólo tuvieron como objetivo hacer su trabajo. Hicieron preguntas de rutina y en la mayor parte de los casos recibieron respuestas directas.

Con este tipo de médico, los pacientes casi siempre se presentaron como "colaboradores positivistas", contestaron las preguntas en el orden presentado y mostraron poca iniciativa o interés en el rumbo que el médico daba a la entrevista. Así, el 80% de ellos respondieron en la forma "positivista" que parecía esperarse de ellos. En cuanto a los restantes, el 16% correspondió a modos "diversos" de comunicación, tales como la propensión a las respuestas evasivas y a las divagaciones, mientras que uno (4%) que colaboró con mayor espontaneidad en la expresión de sentimientos positivos respecto al médico, fue clasificado como "colaborador gustoso".

Es importante notar que el paciente "positivista" no fue en modo alguno pasivo. Contestó a las preguntas de manera parecida a la del médico. El análisis del contenido general del material de entrevistas grabado en cinta magnetofónica, así como las observaciones de los investigadores sobre el comportamiento de los pacientes fuera de la consulta del médico, indicaron que varios pacientes habrían podido manifestar abiertamente su sentir sobre la enfermedad o sobre otras cuestiones que a juicio de ellos guardaban relación con su estado general de salud. Un paciente "positivista", sin embargo, reprimió la expresión espontánea de sus síntomas y sentimientos para no salirse de la rutina de las preguntas hechas por el médico.

---

<sup>28</sup> El total representó el 63% de las entrevistas efectuadas por médicos de plantilla y el 48% de las efectuadas por residentes y estudiantes.

Visto, pues, este método de comunicación como un proceso en dos direcciones, el "burócrata" se ajustó satisfactoriamente a un tipo específico de comunicación con el paciente, que le contestó en la forma correspondiente.

2. El médico "inseguro y detallado" y el paciente "impreciso" y "positivista": En contraste con el modo "positivista" de que acaba de hablarse, en el 20% de las entrevistas los médicos tendieron a hacer éstas demasiado detalladas y prolongadas. Sin embargo, un mayor número de preguntas no contribuyó a un conocimiento más pormenorizado o significativo de las cuestiones examinadas; tampoco las explicaciones prolongadas dieron lugar a una relación positiva entre el médico y el paciente. El hecho de que los estudiantes de medicina estuvieran nutridamente representados en este grupo hace pensar que su experiencia limitada o el temor que posiblemente les inspirara su participación en el proyecto de investigación, determinó su modo de comunicación con los pacientes.

En este método de comunicación, el 59% de los pacientes del grupo contestó de manera imprecisa y sus respuestas fueron demasiado detalladas. En el 33% de los casos los pacientes respondieron de manera "positivista", mientras que un paciente (8%) respondió como un "colaborador gustoso".

3. El médico "seguro de sí mismo" y el paciente de tipo "positivista" o "diverso": En el 12% de las entrevistas, los médicos tendieron a comunicar, sobre todo, un sentido de "seguridad en sí mismos" y de "exactitud" sobre las preguntas formuladas, así como de las interpretaciones ofrecidas. Con una excepción, las entrevistas fueron dirigidas por médicos de plantilla, con larga experiencia en la consulta externa.

Con frecuencia, los médicos hicieron preguntas y ofrecieron interpretaciones sobre cuestiones "fundamentales" que los pacientes no habían expuesto o que no formaban parte del clásico cuestionario sobre la historia clínica; por ejemplo: la pobreza, los problemas de índole familiar y la regulación de la natalidad. Sin embargo, en cuestiones a las que los pacientes eran obviamente sensibles, los médicos sólo les dieron la oportunidad de reconocer la exactitud de su interpretación.

Casi la mitad (43%) de los pacientes de este grupo dieron respuestas de tipo "positivista", mientras que el resto se caracterizó por la diversidad de los tipos de respuesta: respuestas esquivas, espontáneas, categóricas y también respuestas lentas por aparente retraso mental.

4. El médico "amable" y comunicativo y el paciente "positivista" o "colaborador gustoso": Por último, en el 11% del total de entrevistas,

un tipo específico de comunicación fue clasificado como “amable” o “expresivo” por el trato especial que los médicos dieron en su consulta a determinados pacientes. Con una excepción, estos entrevistadores eran estudiantes de medicina.

Los médicos de este grupo manifestaron empatía hacia los sentimientos de los pacientes y de cuando en cuando, en el curso de la entrevista, formularon y resumieron preguntas. Los factores sociales que influían en el comportamiento del enfermo se reconocieron y utilizaron con fines de diagnóstico. A diferencia del tipo “seguro de sí mismo”, que identificó los problemas “subyacentes” e interpretó sus causas, el tipo “amable” dio señales de comprender los sentimientos del enfermo y la necesidad de hacer preguntas e interpretaciones en el momento oportuno. El tipo “seguro de sí mismo” demostró aptitud para diagnosticar o identificar los factores sociopsicológicos que influían en el enfermo, pero mostró menos penetración o flexibilidad en cuanto a la utilización apropiada de ese conocimiento para favorecer una relación terapéutica positiva.

En las entrevistas con el médico “amable” la mitad de los pacientes reaccionó en forma positiva, mientras que los otros se mostraron en sus respuestas “colaboradores gustosos”. Un paciente se caracterizó por una marcada falta de ilación.

### *Examen de la presentación del yo*

El análisis de los tipos de presentación del yo indicó que el modo “positivista” predominó entre médicos y pacientes. Cuando no se siguió esta actitud burocrática con los pacientes, los estudiantes y los residentes tendieron más bien a presentarse como entrevistadores de tipo comunicativo, o sea “amables” o “detallados e inseguros”. La otra modalidad frecuente de comunicación entre los médicos avezados fue la actitud de “seguridad en sí mismo” ante los pacientes. La edad y la experiencia influyen poco en la actitud del médico, pero la prevalencia de la manera “burocrática” es un índice de la poderosa influencia que las organizaciones ejercen sobre el comportamiento.<sup>29</sup>

En lo que respecta a la relación entre la modalidad “burocrática” y

---

<sup>29</sup> Sólo dos médicos, un estudiante y un médico de larga experiencia, efectuaron un número mayor de entrevistas que no fueron de tipo “burocrático.” Siete médicos (41%) efectuaron entrevistas “burocráticas” o de otro carácter. El limitado número de entrevistas grabadas por cada médico impidió determinar las circunstancias en que los médicos se apartaban de los modelos “positivistas.”

la eficacia de la comunicación verbal, es importante señalar que los procedimientos burocráticos ofrecen margen suficiente para efectuar cambios cuando los pacientes no comprenden los términos generales. Los médicos de tipo burocrático con frecuencia modificaron los términos generales para que los pacientes pudieran comprenderlos.

De todos modos, con la modalidad burocrática, que pone tanto empeño en que se haga el trabajo señalado, es más difícil que el médico se mantenga alerta y sensible a los sutiles pero importantes vacíos que se producen en la comunicación cuando, por ejemplo, el médico pregunta "¿cómo está su orina?" y el enfermo se siente obligado a "adivinar" una respuesta "prevista". Con la forma burocrática de interacción se mantiene un ritmo continuo de preguntas y respuestas que obvian al médico muchas dificultades de comprensión.

No sorprenderá a los investigadores que han analizado relaciones médico-paciente en consultas externas que el médico "burócrata" tiende a carecer de comprensión en cuanto a los sentimientos del paciente.<sup>30</sup>

Es de todos conocido que las consultas externas no se caracterizan por el trato "personal" a los pacientes. Como se ha señalado en un estudio efectuado en un departamento de obstetricia, el sistema de organización de la consulta externa desilusiona incluso al personal de salud que reconoce la importancia capital del apoyo afectivo:<sup>31</sup>

Los problemas surgen cuando en la consulta externa docente hay que atender a todos los enfermos con derecho a sus servicios. Cuando el número de pacientes aumenta y el tiempo, el espacio y el personal disponibles permanecen relativamente invariables, el resultado es con harta frecuencia un sacrificio de las necesidades del paciente, así como de las del personal.

Observaciones como las expuestas señalan la necesidad de analizar los factores que influyeron en la modalidad "burocrática" seguida en las consultas externas objeto del estudio. Importa examinar no sólo los factores estructurales —los requerimientos de un sistema de consulta externa— sino también los procesos mediante los cuales el paciente y el médico adquirieron los componentes característicos del yo burocrático. Dos cuestiones parecieron dignas de estudio: En primer lugar, ¿qué

<sup>30</sup> A juicio de los investigadores, el 82% de los pacientes de esta categoría no estuvieron satisfechos con la falta de empatía del médico.

<sup>31</sup> Schlesinger, R. H.; Davis, C. D., y Milliken, S. O.: Outpatient care: The influence of interrelated needs, *American Journal of Public Health*, 52:1850 (noviembre) 1962.

mecanismos, indicaciones o procesos indujeron a los pacientes y a los médicos a presentarse como "burócratas?" En segundo lugar, ¿es posible indentificar no sólo los vestigios de las características "tradicionales" del comportamiento comunicativo propio de las diferentes clases sociales de los pacientes y médicos, sino también las características predominantemente burocráticas?

### *Factores que explican la presentación burocrática del yo*

*Los pacientes:* Para los efectos de la encuesta se seleccionaron aquellos pacientes que acudían a las consultas externas por primera vez, de modo que ninguno de ellos hubiera podido tener la ocasión de haberse comunicado con personal científico de salud. Sin embargo, eran muy pocos los que tenían su "primera" experiencia con la medicina moderna.

Sólo dos pacientes de zona rural no habían consultado nunca a un médico; 16% acudían a las consultas externas por primera vez en busca de alivio a sus dolencias, y el resto había recurrido a remedios caseros, a curanderos y a personal de salud, antes de acudir a la consulta externa.

Los enfermos de procedencia rural recurrieron en general a los servicios clínicos por no estar personalmente satisfechos de los recursos profanos y científicos de sus lugares de residencia, o por haber sido enviados por sus médicos locales para que se les hiciera un examen más completo o se utilizaran para sus análisis equipos no disponibles en los centros locales de salud pública. He aquí lo que dijo una mujer del campo:

Mi problema me empezó hace año y medio . . . La primera vez que fui a un médico me dio una receta que me mejoró mucho; ahora me vuelve el dolor . . . me dio aquí en el tragadero . . . El doctor me dijo que era mejor que viniera aquí porque lo que yo necesitaba eran unos rayos X porque él no sabía lo que era ni qué hacer . . .

Los pacientes residentes en zonas urbanas mencionaron la falta de recursos financieros o la pérdida de sus privilegios de seguro médico (o sea, asistencia médica en virtud del seguro social) como razones por las que visitaban la consulta.<sup>32</sup> Dijo un hombre residente de una zona urbana:

---

<sup>32</sup> La presente investigación no tuvo como finalidad estudiar los tipos de problema médico que llevan a los enfermos a las clínicas. Un examen más detallado de esos factores ofrecería, sin duda alguna, un contexto más dinámico en la interpretación de los datos. Sería útil, por ejemplo, conocer: 1) la clase de problemas que los pacientes consultan con el curandero y los que consultan con el médico, y 2) los que consultan sólo con el curandero o con el médico.

He visto médicos, herbolarios, raiceros: Don Juan, Don Emilio. Mis amigos me han recomendado baños calientes. . . El Dr. Benicio me dio cinco recetas; no me sirvieron para nada. Me dijo: "señor, yo no puedo ya ayudarlo; los remedios no sirven para nada. Mire, tome esta nota y vaya al jefe del hospital en el departamento de consulta externa; dígame que yo lo mando que es usted muy pobre, que tiene una familia muy numerosa . . ." y entonces vine y enseñé la nota y allí mismo empezaron a llenarme los papeles . . .

Además, los acontecimientos ocurridos desde la llegada de los pacientes a la consulta externa hasta su entrada a la consulta del médico pusieron de relieve las presiones que se ejercen en las instituciones para que se apliquen las normas burocráticas. Para el personal paramédico el paciente ideal era el que seguía las rutinas establecidas al pie de la letra y no manifestaba insatisfacción con los procedimientos del hospital ni con los modales del personal de la consulta externa. El contacto que el paciente tenía con unos cinco miembros del personal antes de la entrevista con el médico le daban la pauta de cómo comportarse en el consultorio del médico. Así, la experiencia adquirida en los servicios médicos y el cumplimiento inmediato de las normas de comportamiento burocrático en la consulta externa creaban el clima de la relación médico-paciente. No quiere decir esto que la adaptación satisfactoria del comportamiento de los pacientes a los requisitos de los sistemas de atención médica tuviera siempre su aprobación.

Un análisis de la evaluación que los pacientes hicieron de la forma en que el médico se comunicó con ellos reveló más bien cierta insatisfacción por la falta de empatía del médico.<sup>33</sup>

Los pacientes que describieron las cualidades ideales de los médicos consideraron que recibían de éstos el trato "debido" cuando les mostraban "respeto" y "amabilidad". Estas cualidades hacían que el médico inspirara confianza. A los pacientes no les gustaba el médico que tenía fama de "gritarles" o de reñirles por hacer preguntas aclaratorias. Algunos pacientes reconocieron que habiendo tantos pacientes en las consultas externas los médicos necesitaban "deshacerse" rápidamente de ellos, pero indicaron que la premura a que ello daba lugar no disminuía sus temores de los posibles efectos de la enfermedad ni su desorientación

---

<sup>33</sup> El 59% de los pacientes positivistas declaró no estar satisfecho con el proceder del médico; el 32% se manifestó satisfecho y el 9% no expresó juicio alguno. Conviene enjuiciar con cautela estos hallazgos, ya que los valores culturales que refuerzan la supresión de los sentimientos negativos u hostiles pueden hacer que algunos pacientes presenten al médico en términos positivos. Según los investigadores, el 82% de estos pacientes no estaban satisfechos con la falta de empatía de los médicos.



en cuanto al comportamiento que debían seguir en las entrevistas con el médico. Una mujer de la zona urbana cambió estas palabras con el investigador:

- I. ¿Le gustaría seguir con el mismo médico o prefería otro?  
P. Yo querría . . . otro . . .  
I. ¿Otro?  
P. No sé. Uno se pone tan nervioso . . . El doctor parece tan enfadado . . . Yo me pongo muy nerviosa . . . Claro que ahora con la preocupación de la enfermedad . . . Uno se pone muy nervioso, no comprende lo que le dicen . . . A veces uno tiene la impresión de que no comprenden lo que uno dice . . . Uno entra, pero no sabe donde sentarse . . . si le dicen que se siente, uno se sienta, pero si no dicen nada, entonces uno espera . . .  
I. ¿Qué debemos hacer para que las personas que vienen aquí se sientan menos nerviosas?  
P. No lo sé, señorita. Usted sabe que uno . . . es decir . . . no sé por qué uno siente miedo ante un extraño; en segundo lugar, cuando se está enfermo uno está preocupado porque . . . pensando sólo en eso, uno no sabe si podría ser grave.  
I. ¿Y qué cree usted que serviría para calmar a un enfermo en esas circunstancias?  
P. La cortesía, señorita.

*Los médicos:* Al principio varios médicos comentaron las dificultades con que habían tropezado al comunicarse con el paciente muy "rural" que nunca había estado en una institución médica. Pareció, sin embargo, que recalcan el problema más bien para satisfacer el interés de los investigadores que para exponer aquellos problemas de comunicación de mayor gravedad que habían tenido que confrontar. Por cierto que cuando se analizaron estas conversaciones se hallaron otros problemas que, examinados con mayor intensidad e interés, revelaron con mayor claridad aquellas áreas que planteaban al médico graves problemas de comunicación.

Con frecuencia los médicos expresaron tener dificultad al comunicarse con pacientes muy locuaces que presentaban síntomas vagos de difícil determinación, así como para explicar las prescripciones médicas u otras órdenes facultativas. También disgustaba a los médicos comunicarse con enfermos que venían a que se les "confirmara" el diagnóstico o con pacientes que empleaban vocablos médicos fuera de lugar.

En cuanto a la preferencia de comunicación, los médicos clasificaron a los pacientes como buenos colaboradores cuando respondían a las preguntas lisa y llanamente. Consideraban buen paciente al que sabía expresarse bien y explicaba sus síntomas con claridad. El médico no le dio

mayor importancia a la expresión de empatía por los enfermos ya que los problemas de comunicación tenían que ver más con las dificultades de terminología o con la aptitud del paciente que con los modales del médico. Los siguientes diálogos entre el médico investigador y el médico clínico expresan esas cuestiones:

(El médico consideró satisfactoria la comunicación porque el paciente supo presentar los datos “concretamente”).

I. . . . ¿No hubo problema?

M. Ninguno, ella es muy concreta . . . Un dolor en el seno izquierdo que empezó hace dos años y medio; dice que empezó a supurar. Sangra, parece un carcinoma.

I. ¿Hubo problemas de comunicación?

M. Ninguno.

(El médico se quejó de la falta de “coherencia” del paciente sobre su enfermedad).

I. ¿Cómo se comunica el paciente?

M. Hay cierta incoherencia, este individuo no es ágil mentalmente, posiblemente por su estado carencial . . . bien, extraeremos los datos.

I. ¿Qué va usted a hacer con él?

M. No, exámenes de laboratorio, en primer lugar agregar esos hechos a su historia clínica . . . y de acuerdo con eso lo enviaré allí para que lo examinen.

I. ¿Hay problemas de comunicación?

M. No, no hay ninguno.

(El médico atribuyó la forma característica de colaboración del paciente a la limitada capacidad intelectual de éste).

I. ¿Cómo es el paciente? ¿Hubo algún problema de comunicación?

M. En lo que respecta a la terminología . . . yo le entendí y creo que él me entendió a mí.

I. ¿Cómo clasificaría usted a este paciente? ¿No muy colaborador?

M. Trata de colaborar pero le falta capacidad.

I. ¿Le falta capacidad? ¿Capacidad intelectual para comunicarse?

M. Eso es, para comunicarse.

I. ¿Utilizó él términos extraños o muchas palabras?

M. Utilizó algunos términos de uso corriente entre la gente . . . Bueno, lo único que hay que aclarar son sus movimientos, accionó muchísimo con las manos . . . Que si “me duele aquí” . . . “que si se movió así . . .”

I. En cuanto a la comunicación entre usted y él ¿cree usted que se comunicó con él fácilmente? ¿que él entendió fácilmente?

M. Yo hacía contrapreguntas para ver si me había entendido y sí me entendió.

Un examen de las exigencias de organización impuestas a los médicos demostró que la falta de tiempo y el elevado número de pacientes contribuían al sentido “práctico” predominante entre los médicos. Fue obvia su preferencia por las entrevistas subsiguientes a las iniciales. El número de entrevistas médicas iniciales por período de trabajo, con frecuencia motivo de conflicto con los administradores, es en sí una causa de frustración por parte del personal médico. El mayor tiempo requerido por las entrevistas iniciales y la posibilidad de perder el contacto con el enfermo por su envío a otros especialistas son factores que contribuyen a que el médico sienta menos interés por los nuevos pacientes.

Según Hayes, la abrumadora demanda de servicios médicos es agravada por la tendencia de los médicos de los hospitales docentes a descargar en el personal médico de las categorías inferiores toda la responsabilidad de los trabajos clínicos.<sup>34</sup> El siguiente comentario de uno de los directores técnicos señala, sin duda alguna, la influencia que las normas administrativas pueden ejercer sobre las modalidades de la comunicación entre el médico y el paciente:

Es evidente que un departamento de consulta externa desempeña una extraordinaria función social en la colectividad. Como ustedes saben son muchas las personas que nos consultan . . . Sería imposible hospitalizar a todos los enfermos y por ello debemos procurar limitar el ingreso a personas con problemas urgentes.

No podemos trabajar a la perfección porque nos podría ocurrir lo que al Dr. . . ., nuestro antiguo subdirector. El trató de que los médicos tomaran una “buena” historia clínica, pero resultó que muchos enfermos quedaron desatendidos . . . los enfermos apedrearon el hospital.

La mayor parte de los pacientes de la consulta externa no tienen problemas graves . . . Debemos disponer de personal que se encargue de hallar y eliminar esta clase de pacientes.

### *Prácticas burocráticas y diferencias de orden social*

Podrían hacerse varias preguntas sobre la relativa influencia que tanto la clase social del médico como la del paciente podría ejercer en sus respectivas formas de comunicación.

¿Es posible que el modo “burocrático” predominante oscurezca la influencia del origen social de médicos y pacientes de tal manera que las

---

<sup>34</sup> Hayes, G.: La consulta externa del hospital y su proyección a la comunidad, *Medicina y Desarrollo Social*, Bogotá, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1964, pág. 100.

distancias sociales sólo ejerzan una influencia mínima sobre las modalidades de comunicación? O bien, ¿es posible que los problemas de comunicación que surjan entre el médico, el residente y el estudiante de medicina —miembros todos ellos de las clases media y alta— y sus pacientes procedentes de las clases bajas, se deban a estas diferencias de orden social?

Todas estas observaciones llevan a pensar que el predominio de la forma “burocrática” de comunicación entre médicos y pacientes esté asociada en gran medida a las exigencias funcionales de las consultas externas. Es importante destacar, sin embargo, que si el análisis de la comunicación en el plano médico-paciente no indicó la existencia de problemas de comunicación atribuibles a diferencias de orden social, no se puede llegar a la conclusión de que esta variable no influyó en el comportamiento observado en la consulta externa.

Roemer ha observado que en la mayoría de los países latinoamericanos existe un sistema específico de asistencia médica para cada una de las clases sociales, un tipo de organización social y económica mediante la cual el personal y los servicios médicos se dedican al diagnóstico y al tratamiento de las enfermedades. “Se podría identificar fácilmente la clase social de una persona . . . examinando la forma en que obtuvo asistencia médica.”<sup>35</sup>

En el presente estudio resultó evidente que las exigencias “racionales” de eficacia y rendimiento determinaron el comportamiento “burocrático” del médico y del paciente en sus relaciones mutuas. El médico y el enfermo procuraron conducirse mutuamente de acuerdo con los requisitos manifiestos de sus respectivos papeles de médico y paciente, pero el clima social<sup>36</sup> o la “tónica” general de la clínica externa daban bien a entender la actitud de las organizaciones médicas con respecto a la identidad “latente” de los enfermos de baja situación social y económica que fueron atendidos.

Los trámites para recibir asistencia gratuita o reembolsable, las largas

<sup>35</sup> Roemer, M. J.: Medical Care and Social Class in Latin America, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 42:54-64 (julio) 1964, Parte 1. No es la intención de los presentes autores considerar esta característica como exclusiva de Latinoamérica.

<sup>36</sup> Wheeler ha señalado que la idea de clima social “se refiere a una serie de actitudes subjetivas más bien que a una condición que se llega a conocer estudiando patrones de interacción de características personales.” Considera que esta idea es “de importancia crucial para conocer las organizaciones que tienen que ver con individuos, especialmente porque el clima social dominante tiende a simbolizar muchos elementos concretos diferentes en el medio ambiente”. Wheeler, *op. cit.*, págs. 81-83.

colas de espera, los toscos bancos de madera y la relativa falta de atención particular en los consultorios del médico patentizaron la estimación en que se tiene a las personas indigentes, así como los problemas que confronta la población en general en lo referente a prestación de atención médica a los necesitados. Esta situación marginal de los pacientes fue aun más obvia cuando, en virtud de políticas no declaradas, el servicio de la consulta externa del hospital pasó a manos de personal paramédico menos calificado.

Aunque el examen de estos elementos quizás se saldría de la cuestión que nos ocupa: la influencia de la distancia social en la comunicación médico-paciente, es necesario que en ulteriores y más completas investigaciones sobre la comunicación en las instituciones médicas, se dedique atención especial a la posible interrelación de los objetivos de una institución, por una parte, y la relación médico-paciente, por otra. Indudablemente que las diferencias de orden social entre médico y paciente pueden obstaculizar las relaciones de mutua confianza. Sin embargo, si cierto número de enfermos utiliza los servicios de determinada clase de organización médica, por ejemplo una consulta externa, cuando se han agotado otros recursos médicos y financieros, o si existe una diferencia marcada entre los servicios de asistencia médica a disposición de los pobres y los ofrecidos a otros grupos económicosociales, es evidente que la cuestión de las diferencias sociales y de la confianza debe estudiarse en un contexto que vaya más allá de la díada médico-paciente. Acaso sea posible más adelante practicar estudios más detallados que, superada la fase inicial de determinación del clima social latente, permitan un análisis más específico y dinámico de las formas en que las fuerzas manifiestas y latentes se configuran y determinan mutuamente.

## DISCUSION

Por reconocerse cada vez más que el médico colombiano tiende hoy día a dedicar más tiempo a trabajar en medios institucionales que a ejercer su profesión en privado,<sup>37</sup> es necesario reunir datos sobre la organización de la práctica de la medicina en instituciones médicas en gran escala con objeto de ayudar a determinar las condiciones que en

---

<sup>37</sup> Con respecto al tipo de práctica seguido por los médicos colombianos, Paredes indica que el 14,5% ejerce en privado solamente, el 24,3% ejerce en servicio no privado y el 61,2% sigue la práctica mixta: ejercicio privado y no privado. Paredes, R.: "Recursos humanos y educativos para la salud y educación médica", Conferencia Nacional de Recursos Humanos, Bogotá, agosto 9, 1967, pág. 10.

materia de enseñanza deben cumplirse para atender la demanda del mundo médico de nuestros días. Dados los limitados conocimientos sobre los procesos del comportamiento social en las grandes organizaciones de Colombia, o de Latinoamérica en su conjunto, convendría orientar cada vez más en ese sentido las investigaciones sobre ciencias sociales.

Conviene, finalmente, presentar observaciones definitivas sobre algunas de las consecuencias generales que pueden tener las investigaciones preliminares para el ejercicio y la enseñanza de la medicina. Una comunicación eficaz médico-paciente en los planos verbal y no verbal constituye un medio de fundamental importancia para el tratamiento. Como ha dicho Samora: <sup>38</sup>

Cabría preguntar si verdaderamente es necesaria una comunicación adecuada entre los pacientes y quienes los tratan en el hospital y en la consulta externa. Por supuesto, nadie ha comprobado que los pacientes que entienden todo lo que se les dice se restablecen más de prisa o de manera más segura que los demás. Si el objetivo de la medicina es el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades quizás la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente sea cuestión de poca monta siempre que se pueda obtener una historia clínica adecuada y la cooperación necesaria del paciente haciendo ciertas cosas y absteniéndose de otras. Ahora bien, el objetivo se interpreta más ampliamente si de lo que se trata es de aliviar, tranquilizar y restablecer al paciente, como parece ser cada vez más el caso, entonces la calidad de la comunicación adquiere una importancia decisiva y se hace necesario señalar y, si es posible, suprimir lo que pueda ir en detrimento de ella.

Las investigaciones sobre la determinación de los problemas que plantea la comunicación entre el médico y el paciente no garantizan, por supuesto, que los administradores y los médicos en ejercicio utilicen automáticamente los conocimientos adquiridos a fin de mejorar la calidad de la asistencia médica en las consultas. Así, pues, el examen de los resultados del presente estudio y el establecimiento de una estrategia para modificar el clima reinante en la consulta externa se inspiran en la convicción de que hay que esforzarse en relacionar las conclusiones del estudio con las realidades del ejercicio de la medicina en las instituciones médicas de Colombia organizadas en gran escala. Incumbe a los investigadores ayudar a miembros del personal médico, tales como médicos en ejercicio y profesores de medicina, a organizar y mantener un sistema de estudios especializados sobre ciencias psicosociales que permitan ob-

---

<sup>38</sup> Samora, *op. cit.*, págs. 91-92.

tener conocimientos apropiados para dar a la enseñanza y a la práctica modernas de la medicina en Colombia, el relieve y la orientación que las necesidades aconsejan. Se pueden escoger dos factores para su examen:

1. La creación de un “clima social” efectivo en la consulta externa, que tienda a modificar más que a reforzar las condiciones sociales marginales de los pacientes, puede representar una aportación positiva para los sectores necesitados de la población. Sin embargo, si los administradores de hospitales no se esfuerzan por establecer nuevos principios relativos al servicio ni por precisar sus ideas sobre la clase de organismos de salud que responden mejor a las necesidades de salud pública de determinada zona, de poco servirá lo que se haga por modificar los tipos de comunicación.

Reconocidos estos problemas, el investigador participante en estudios sobre organización de servicios de salud debe dirigir su atención al establecimiento de dispositivos de “retroalimentación” o al fomento de las relaciones de colaboración, a fin de aplicar los resultados de las investigaciones de manera que pueda ayudarse al administrador y a su personal médico a establecer nuevos métodos en la prestación de servicios de salud.

Una manera de iniciar esa colaboración consiste en utilizar con más dinamismo la información ya disponible en instituciones tales como los departamentos de consulta externa. Así, el análisis sistemático y la utilización de datos sobre los problemas expuestos en la consulta externa, ofrecerán un medio adecuado para comprender la relación entre determinados problemas médicos y las deficiencias de la comunicación con el personal médico. De la prioridad que merece este objetivo dan idea las posibilidades que abre al acopio de datos para la formulación de principios objetivos aplicables a los servicios de salud y para la organización de un programa eficaz de adiestramiento en el servicio. La importancia de ese conocimiento es todavía mayor si se trata de hacer que las consultas externas sean órganos vitales y no elementos accesorios del sistema de organizaciones de salud de una región.

2. Se ha dado por supuesto que la inclusión de las ciencias psicosociales en el plan de estudios de la facultad de medicina puede ayudar al futuro médico a formarse una idea clara del contexto sociocultural de los problemas de salud y a comprender la influencia de estos mismos factores sobre las formas de relación interpersonal. Sólo se ha prestado una atención limitada a la clase de enseñanza que necesita el médico

orientado a la práctica para integrar de manera significativa los conocimientos sobre ciencias sociales a las exigencias del ejercicio de la profesión. Los estudiantes de medicina pueden participar en las prácticas organizadas en la colectividad a fin de “tener conocimiento” del contexto social que influye en el paciente. Pero con raras excepciones los informes procedentes de Latinoamérica hablan de los esfuerzos que se despliegan para ayudar al estudiante de medicina a integrar sus conocimientos en el medio clínico, bajo la dirección de un especialista en ciencias sociales o de profesores de medicina competentes en la materia.<sup>39</sup> Si la enseñanza de la medicina se orienta hacia la adquisición de conocimientos así como hacia el desarrollo de las técnicas y actitudes necesarias para comprender y tratar a los pacientes, las enseñanzas sobre ciencias del comportamiento que sólo ofrezcan un mínimo de “información general” no darán al estudiante de medicina ocasión de relacionar los conocimientos abstractos con la práctica. La sala de hospital, el departamento de consulta externa o la oficina del seguro social —futuros campos de acción del estudiante— han de ser el terreno de instrucción donde, bajo una dirección competente, aprenda a analizar su propia labor. Mediante organización de prácticas en su propio “campo” el estudiante sabrá adquirir la flexibilidad necesaria para dar a los conocimientos socioculturales adquiridos una aplicación provechosa en sus relaciones con los pacientes y con otros miembros del personal médico. Este enfoque exige varios cambios en la posición tradicional del especialista en ciencias sociales cuya formación descansa sobre una base académica. Así, la combinación de las funciones docentes en el aula y en el hospital debe ofrecer una base más sólida para ayudar a los estudiantes de medicina a utilizar la información. Para el mismo especialista en ciencias psicosociales tiene esta orientación no poca utilidad, puesto que ha de ayudarle a determinar problemas y a organizar estudios relacionados con el ejercicio de la profesión, así como a establecer los vínculos necesarios para el máximo aprovechamiento de los resultados obtenidos en cuestiones de interés común para el médico y el especialista en ciencias psicosociales.

## RESUMEN

Se emprendió un estudio con objeto de explorar los procesos de comunicación entre el médico y el paciente en las consultas externas y

<sup>39</sup> Como un ejemplo de este método, véase Molina, G., y Jimeno C.: Teaching Social Science Concepts in a Clinical Setting in Preventive Medicine, en Badgley, *op. cit.*, págs. 211-225; y Badgley, R. F., y Schulte, M.: Social Science Teaching Programs in Latin American Medical Schools, en Badgley, *op. cit.*, págs. 193-195.



de evaluar la relativa influencia de las diferencias sociales y del conocimiento del vocabulario médico sobre sus respectivas formas de interacción. En resumen:

1. Sólo el 14% de los pacientes y el 10% de los médicos manifestaron haber tropezado con dificultades para entenderse en el plano verbal. Los médicos señalaron que habían tenido problemas con pacientes "imprecisos" o con pacientes que buscaban la "confirmación" médica de un diagnóstico; casi todos los problemas de comunicación señalados por pacientes mujeres tuvieron que ver con la comprensión de cuestiones de orden sexual.

En lo que respecta a los términos de uso frecuente en las consultas externas, los pacientes tenían por término medio un "conocimiento exacto" de 7,3 palabras. Los pacientes que tuvieron dificultades para entender al médico dieron un promedio más bajo de "conocimiento exacto" (5,5 palabras), lo que indica una relación entre el conocimiento del vocabulario médico y la aptitud para comprenderlo. Cuando se comparó el resultado de las tres consultas externas se observó que, con una excepción, todos los pacientes que habían tenido problemas de comprensión habían asistido a la misma consulta externa. Más adelante se averiguó que casi todos ellos eran de origen rural.

2. La relación entre el tipo médico "burocrático" y la comprensión médico-paciente al nivel verbal merece un estudio más detallado. Un médico de tipo burócrata, cuya empatía hacia el enfermo es limitada, se circunscribe a las preguntas y respuestas que lo llevarán al diagnóstico. Si el paciente no entiende un tema general de discusión, el médico corrige rápidamente su vocabulario. Se advirtió, sin embargo, que la insistencia en seguir las preguntas de rutina hace más difícil que el médico descubra los "detalles" de diagnóstico en el paciente.

Algunos pacientes reconocen que tienen dificultad para comprender al médico y así lo expresan. Ahora bien, ¿Cuál es el tipo de médico que induce respuestas "esperadas"? ¿Qué modos característicos de explicación de la enfermedad por parte de los pacientes hacen que los médicos no adviertan la existencia de problemas de comprensión o los inducen a negar la existencia de tales problemas? La respuesta a estas preguntas puede dar lugar a una comprensión más significativa de los problemas de comunicación entre médicos y pacientes.

3. Se examinaron la influencia de la relación entre el origen social del médico y del paciente y la situación general de la organización clínica. Puesto que, según los datos obtenidos, las organizaciones donde hay interacción entre médicos y pacientes dan la tónica de la comunica-

ción, habría que emprender estudios más específicos sobre los procesos que, en los medios institucionales de amplitud mayor, capacitan a los miembros del personal para la acción común.

---

## COMMUNICATION BETWEEN PHYSICIANS AND PATIENTS IN OUTPATIENT CLINICS

### *Summary*

The present study was undertaken in Colombia to explore the processes of communication between physician and patient in outpatient clinics and to evaluate the relative influence of social class distance and medical vocabulary knowledge on their mutual patterns of interaction. In summary:

1. Only 14 per cent of the patients and 10 per cent of the physicians referred to problems in understanding each other at a verbal level. Physicians expressed problems with "vague" patients or those who sought medical "confirmation" of a diagnosis, while almost all of the communication problems identified by women patients were associated with understanding material in sexual areas.

In terms of the vocabulary knowledge of terms judged to be in frequent use in the clinics, patients had a median "exact knowledge" of 7.3 words. Patients who had expressed some problems in understanding the physician had a lower median "exact knowledge" of 5.5 words, suggesting an association between knowledge of medical vocabulary and the ability to understand the physician. When the material for the three clinics was compared, however, it was found that with one exception all of the patients with comprehension problems were found in only one of the three clinics. It was found further that almost all of these patients were of rural origin.

2. The relationship between the modal bureaucratic presentation of self and comprehension at a verbal level merits more detailed study. A bureaucrat who expresses a limited sense of empathy toward his patient maintains the question and answer pace required to complete diagnostic tasks. If the patient does not understand a general topic of discussion, the physician is quick to correct his vocabulary. It was noted, however, that the pressure of the question and answer routine appears to make it more difficult for doctors to uncover the diagnostic "details" of a subject.

Some patients recognize and verbalize problems in understanding the physician. However, what type of physician evokes "expected" answers?

What characteristic ways of dealing with illness on the part of patients lead physicians to fail to recognize, or to deny the existence of comprehension problems? The investigation of such questions should lead to a more meaningful understanding of physician-patient communication problems.

3. The influence of the relationship between the social background of the physician and patient, and the situational context of the clinic organization were discussed. Since the evidence suggests that the organizations within which patient or physician interact set the tone for the style of communication followed, more specific inquiries are needed into the processes within the broader organizational settings that socialize members for action.

---

## A COMUNICAÇÃO ENTRE MÉDICOS E PACIENTES NOS DEPARTAMENTOS DE CONSULTA EXTERNA

*(Resumo)*

O presente estudo teve por objeto explorar os processos de comunicação entre o médico e o paciente nos departamentos de consulta externa em Colômbia e avaliar a relativa influência das diferenças sociais e do conhecimento do vocabulário médico sobre suas respectivas formas de interação. Chegou-se, em resumo, às seguintes conclusões:

1. Apenas 14% dos pacientes e 10% dos médicos informaram encontrar dificuldades de comunicação verbal. Os médicos queixaram-se de pacientes "imprecisos" ou pacientes que procuram apenas "confirmação" médica de um diagnóstico. Quase todos os problemas de comunicação assinalados por mulheres tiveram que ver com a compreensão de questões de ordem sexual.

No que respeita aos termos de uso freqüente nas clínicas, os pacientes tinham, em média, "conhecimento exato" de 7,3 palavras. Os pacientes que tiveram dificuldade de entender o médico deram média de "conhecimento exato" mais baixa (5,5 palavras), o que indica uma relação entre o conhecimento do vocabulário médico e a capacidade de compreendê-lo. A comparação do resultado das três clínicas revelou que, com uma única exceção, todos os pacientes que tiveram problema de compreensão se achavam na mesma clínica. Mais tarde, verificou-se que quase todos provinham de zonas rurais.

2. A relação entre o tipo de médico burocrata e a compreensão médico-paciente no nível verbal merece estudo mais detalhado. Os médicos burocratas, cuja empatia para com o doente é limitada, limitam-se às perguntas

e respostas que o levarão ao diagnóstico. Se o paciente não entende um tema geral de discussão, o médico corrige rapidamente seu vocabulário. Notou-se, entretanto, que a insistência em seguir as perguntas de rotina dificulta a descoberta, por parte do médico, dos “detalhes” de diagnóstico no paciente.

Alguns pacientes admitem que têm dificuldade para compreender o médico. Resta saber que tipo de médico induz respostas “previstas”. Resta saber que maneiras características de explicar a doença, por parte dos pacientes, fazem com que os médicos não percebam a existência de problemas de compreensão ou os induzem a negar a existência de tais problemas. A resposta a estas perguntas pode facilitar a compreensão dos problemas de comunicação entre médicos e pacientes.

3. Estudou-se a influência da relação entre a origem social do médico e do paciente e a situação geral da organização clínica. Embora, segundo os dados obtidos, as organizações onde há interação entre médicos e pacientes dêem a tônica de comunicação, seria necessário empreender estudos mais específicos sobre os processos que, nos meios institucionais mais amplos, formam os membros do pessoal para a ação comum.

---

## LA COMMUNICATION ENTRE MÉDECINS ET MALADES DANS LES SERVICES DE CONSULTATIONS EXTERNES

### (Résumé)

La présente étude a pour objet d'examiner les méthodes de communication entre le médecin et le malade dans les services de consultations externes dans Colombie et d'évaluer l'influence relative qu'exercent les différences sociales et la connaissance du vocabulaire médical sur leurs formes respectives d'interaction. En résumé:

1. Seulement 14% des malades et 10% des médecins ont déclaré avoir éprouvé des difficultés à s'entendre sur le plan verbal. Les médecins ont signalé qu'ils ont rencontré des problèmes avec des malades “imprécis” et avec des malades qui cherchaient la “confirmation” médicale d'un diagnostic; presque tous les problèmes de communication signalés par les femmes malades concernaient la compréhension de questions d'ordre sexuel.

En ce qui concerne les termes d'un usage fréquent dans les dispensaires, les malades avaient en moyenne une “connaissance exacte” de 7,3 mots. Les malades qui éprouvaient des difficultés à comprendre le médecin présentaient une moyenne plus faible de “connaissance exacte” (5,5 mots),

ce qui indique qu'il existe un rapport entre la connaissance du vocabulaire médical et l'aptitude à le comprendre. En comparant les résultats obtenus dans les trois dispensaires, on a constaté qu'à une exception près tous les malades qui avaient éprouvé des difficultés de compréhension se trouvaient dans un seul des trois dispensaires. Il a été constaté plus tard que presque tous ces malades étaient d'origine rurale.

2. La relation qui existe entre le type de médecin bureaucratique et la compréhension entre le médecin et le malade sur le plan verbal mérite une étude plus approfondie. Un médecin de type bureaucratique dont l'intérêt à l'égard du malade est limité se borne aux réponses et questions qui lui permettront de faire son diagnostic. Si le malade ne comprend pas le sujet général qui est discuté, le médecin rectifie immédiatement son vocabulaire. Toutefois, on a constaté que l'insistance à poser les questions routinières rend plus difficile pour le médecin de déceler les "détails" du diagnostic chez le malade.

Un certain nombre de malades reconnaissent qu'il éprouvent des difficultés à comprendre le médecin et le disent franchement. Or, quel est le type de médecin qui peut obtenir les réponses "prévues"? Quel genre d'explication de la maladie de la part des malades empêche les médecins de remarquer l'existence de problèmes de compréhension ou les amènent à nier l'existence de tels problèmes? La réponse à ces questions peut donner lieu à une meilleure compréhension des problèmes de communication entre médecins et malades.

3. Le document examine l'influence qu'exerce la relation entre l'origine sociale du médecin et du malade, et la situation générale de l'organisation hospitalière. Etant donné que, selon les données recueillies, les organisations où il y a interaction entre les médecins et les malades donnent le ton de la communication, il y aurait lieu d'entreprendre des études plus approfondies sur les procédés utilisés dans les établissements plus importants pour former les membres du personnel en vue de l'action commune.

---

## **FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE**

### **FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA**

Los Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva realizados en 1955 y 1956 bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud, recomendaron la creación de una organización que reuniera las escuelas de medicina del Hemisferio. Esta recomendación recibió formal aprobación en las dos primeras Conferencias de Escuelas Médicas Latinoamericanas convocadas por la Unión de Universidades de América Latina. La primera, celebrada en Ciudad de México en 1957, recomendó “la creación de Asociaciones Nacionales de Facultades o Escuelas de Medicina y su correlación entre ellas”; y la segunda, en Montevideo, en 1960, propuso “estimular a través de las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina de todos los países de América, la creación de una Federación Panamericana de Escuelas de Medicina”.

Invitados por la Asociación Americana de Escuelas Médicas, representantes de escuelas de medicina de países latinoamericanos se reunieron en Montreal (noviembre de 1961), durante la 72a. Reunión Anual de dicha Asociación y decidieron establecer un Comité Organizador para elaborar el proyecto de la Federación. Este Comité se reunió en Cali, Colombia, en abril de 1962, y preparó el plan de organización de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, aprobado en sesión plenaria de la Tercera Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas, realizada en Viña del Mar, Chile, el 29 de noviembre de 1962.

Se estableció entonces un Comité Administrativo Interino encargado de poner en funcionamiento la Federación y tomar medidas para la formación de los organismos directivos correspondientes. Finalmente, el 15 de agosto de 1964, al iniciarse la Cuarta Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas, en Poços de Caldas, Brasil, se llevó a cabo la instalación del Consejo de la Federación, se eligió la Mesa Directiva y se formó el Comité Administrativo con carácter permanente. Su actual Presidente es el Dr. Rubens Maciel, del Brasil, y su Director Ejecutivo, el Dr. José Félix Patiño, de Colombia.

La Federación “es un organismo de carácter exclusivamente educacional y científico que se propone contribuir, en forma organizada y progresiva, al perfeccionamiento de la educación médica en las Américas”. Desde sus comienzos ha contado con la valiosa cooperación de las Fundaciones Milbank Memorial, Kellogg y Rockefeller, y ha actuado en perfecto entendimiento con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En sesión plenaria celebrada el 7 de octubre de 1965, el Consejo Directivo de la OPS, en su XVI Reunión, “resolvió reconocer la Federación como organismo no gubernamental representativo de las Facultades y Escuelas de Medicina de las Américas”.

La Dirección Ejecutiva de la Federación funciona en Bogotá, Colombia (Carrera 7ª No. 29-34).

