

Educación médica y salud



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

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

ISSN 0013-1091

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

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

El precio de la suscripción anual es EUA\$8.00 ó su equivalente en la moneda del país respectivo. Los pedidos deben enviarse a:

Oficina Sanitaria Panamericana
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C., 20037, E.U.A.

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

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

Educación médica y salud

Volumen 15, Número 2

1981

Artículos

- 115 El médico general y los servicios médicos a la comunidad—*Tomás Engler*
- 124 Capacitación de encargadas de comunidad por medio de un “paquete” de autoenseñanza—*Antonio A. Dalhaus G.*
- 134 Adaptación de la morfología humana a las necesidades docentes de la formación profesional—*W. Pallie*
- 142 Internato de Saúde Pública na Faculdade de Medicina de Botucatu—*Maria Cecilia Pereira Binder*
- 154 La necesidad de colaboración efectiva entre la educación médica y el servicio de salud—*José Roberto Ferreira*
- 169 Adiestramiento en supervisión: ensayo de marco teórico—*Carlos A. Vidal*
- 176 Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS para la Enseñanza de la Medicina Veterinaria
- 185 Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS para la Enseñanza de la Psiquiatría y la Salud Mental

Reseñas

- 194 Día Mundial de la Salud, 1981

Noticias

- 198 Video-cassettes para estudiantes de ciencias de la salud
- 200 Congreso Mundial sobre Informática médica
- 200 Programa de posgrado en administración de salud en Colombia
- 201 Curso para bibliotecarios médicos en BIREME
- 202 Talleres sobre ciencias de la salud en Canadá
- 203 Becas de investigación a nivel de posgrado en Minnesota
- 203 Seminario sobre la salud para todos
- 204 Reuniones y seminarios

Libros

- 205 Publicaciones de la OPS y de la OMS
- 210 Otras publicaciones e informes de la OMS sobre formación de personal de salud

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

El médico general y los servicios médicos a la comunidad

DR. TOMAS ENGLER¹

EL MEDICO GENERAL EN EL CONTEXTO DE LA POLITICA DE SALUD

El derecho a la salud y nuestro compromiso de poner la salud al alcance de todos los panameños antes del año 2000 serán elementos básicos de nuestra política de salud durante los próximos dos decenios. La extensión cualitativa y cuantitativa de la cobertura de nuestros servicios para alcanzar esta meta, tanto en las zonas urbanas como en las rurales, debe configurarse en el contexto de los problemas de salud propios de nuestros asentamientos humanos, dentro del marco de las aspiraciones justas de la población y en base al concepto ecológico de la salud.

El crecimiento y la dispersión de la población rural, la migración masiva del campo a la ciudad y la transición de enfermedades principalmente infecciosas a otras que tienen su origen en la violencia, el ambiente laboral y los procesos degenerativos del organismo, con secuelas de larga duración, plantean la necesidad de servicios primarios de salud accesibles a todos y continuos en su proyección personal y comunitaria.

La integración progresiva de los recursos de salud, iniciada en 1973, conforma una estructura regionalizada cuyos pilares son la sectorización y la adscripción, tanto explícita como implícita, de la población a una misma instalación; es decir, le permite al equipo de salud responsabilizarse en forma efectiva por la atención continua de las comunidades dentro de su área de influencia.

En nuestro sistema de salud la escasez de personal médico y paramédico, fundamentalmente en el interior del país, las características y la problemática de los centros poblados rurales, periurbanos e, inclusive, urbanos, así como los principios modernos de administración y or-

¹Director, Programa de Salud de Adultos, Ministerio de Salud, Panamá.

ganización de los servicios de salud se han conjugado para definir una estratificación del equipo de salud por niveles de atención.

Cada nivel de atención encierra un grado diferente de complejidad que parte de las acciones más elementales de orientación y motivación comunitaria hasta la aplicación de las técnicas medicoquirúrgicas más sofisticadas de los centros nacionales especializados. Cabe destacar que esta organización tal como funciona en la actualidad permite el acceso de cualquier panameño al tipo de servicio que requiere en el lugar y el momento oportuno.

La base de esta estructura piramidal viene dada por la atención primaria que, si bien representa el primer contacto del individuo con el sistema de salud, es heterogénea en su composición, ya que es prestada por técnicos con diferentes grados de preparación (por ejemplo, médicos generales, enfermeras, auxiliares, etc.), cada uno de los cuales puede en un momento dado ser la "puerta de entrada" al sistema.

Se ha intentado a nivel internacional definir la atención primaria de muchas maneras, pero para Panamá una definición de este concepto debe abarcar las acciones de salud, las distintas modalidades de atención primaria (puertas de entrada), los problemas de salud con sus prioridades, la cobertura universal, la comprensión y la erradicación de las causas de las enfermedades, la facilitación del acceso a niveles más complejos de atención, la participación de la comunidad y el vínculo de ésta al proceso de desarrollo social y económico.

Cabe preguntarse aquí ¿para qué situaciones debe ser el médico general el que presta la primera atención? ¿y en qué condiciones? Estas interrogantes tienen que plantearse igualmente para otros miembros del equipo de salud.

Lo que sí es cierto es que la concepción ecológica de la salud define, con un fundamento científico, la necesidad de la acción de todo un equipo multidisciplinario para resolver, junto con la comunidad, los problemas de salud del país. Por otro lado, la diversidad de nuestra geografía, de nuestra gente, con sus culturas y sus aspiraciones, de nuestros problemas de salud, y del desarrollo de los servicios de salud exigen que los papeles del médico general/familiar y del resto del equipo no obedezcan a un patrón único sino que más bien deben ajustarse a la situación imperante en cada distrito, en cada corregimiento de nuestro territorio.

La conjugación armoniosa del equipo en este esfuerzo conjunto y del desarrollo de los servicios de salud son elementos esenciales para elevar progresivamente la calidad de la atención, preocupación fundamental del Ministerio de Salud. Esta meta solamente es alcanzable a través de un

programa sostenido de educación continua, dirigido a todo el equipo, que logre incluir los conocimientos, las destrezas y las actitudes indispensables para mantener una respuesta institucional de alta calidad científica y humana frente a la transformación dinámica de la situación de salud por la que atraviesa el país.

EL MEDICO GENERAL EN EL CONTEXTO INSTITUCIONAL Y COMUNITARIO

Para definir una concepción práctica del médico general sin discriminar entre las áreas urbanas y rurales es preciso partir de la realidad de los individuos, las familias y las comunidades panameñas.

Tradicionalmente el médico ha sido formado en función de la atención al individuo enfermo. En años más recientes este enfoque ha sido ampliado para forjar el médico de familia y, por otro lado, el médico de comunidad. La relación íntima de la salud con el desarrollo nacional y nuestra situación sanitaria actual plasma en el terreno una conjugación de las tres proyecciones—individuo, familia y comunidad—en un todo. En síntesis, la medicina general (y especializada) moderna tiene que enfocar al hombre en su contexto total. El médico del decenio de 1980 tiene que ser un médico integral.

Se ha dado importancia a determinar el nombre que se le debe dar al médico general, familiar o comunitario. En la práctica la semántica no es crítica, pero sí es útil que cualquier término que llegue a aceptarse refleje el carácter integral de la proyección del médico al enfermo, al individuo sano, a la familia y a la comunidad y respete su dignidad como médico y como profesional dentro del equipo de salud.

Visto en este sentido, el médico general viene a ser el contacto entre la medicina y la comunidad y el garante del acceso permanente de sus adscritos a una atención con continuidad técnica y personal, elementos que son el sustrato para un servicio de calidad y que le conferirán, a los ojos de la comunidad, una imagen positiva tanto en el orden de los valores técnicos como humanos.

Frente al resto del equipo de salud, el área particular de su competencia, interés y participación activa determinarán su liderazgo dentro del equipo y en la comunidad. La existencia de un nuevo especialista, el especialista en medicina familiar, refuerza la necesidad de considerarlo un miembro del equipo, en igualdad de condiciones, tanto en su interacción

con los médicos de otras especialidades como con otros profesionales que la integran. En este sentido, la magnitud de su aporte a la solución de los problemas de salud, ya sean personales o comunitarios, determinará su status real dentro del sistema. La experiencia, tanto en otros países como en el nuestro, demuestra que el médico general o familiar competente está en condiciones de resolver más de un 80% de la demanda personal y de orientar la solución de más del 50% de los problemas de la comunidad.

En todo caso, consideramos que el alcance del campo de acción del médico general, ambulatoria y hospitalaria, así como en materia de las especialidades básicas (medicina interna, pediatría, cirugía y gineco-obstetricia) y de algunas subespecialidades, debe ser el producto de un acuerdo entre los médicos generales y los especialistas basado en la competencia individual y colectiva de cada uno y en el respeto mutuo. El médico general competente debe tener la posibilidad de desempeñarse en alguna medida en la atención de los problemas pediátricos, gineco-obstétricos, endocrinológicos, cardiológicos, reumatológicos, quirúrgicos y otros. Además, debe vincularse en algún grado a la atención hospitalaria de sus pacientes, con miras a facilitar la continuidad de la misma. Finalmente, es importante recalcar que tal acuerdo debe también ser válido para el ejercicio de la medicina general por los especialistas, en lo referente a las áreas fuera de su especialidad.

LA FORMACION DEL MEDICO GENERAL

Históricamente, la preparación de nuestros médicos generales, salvo algunas excepciones, se ha limitado a los dos años de internado y al aprendizaje que un grupo en forma espontánea haya adquirido a través de lectura individual, su asistencia a actividades docentes e interconsultas a especialistas. El vínculo íntimo de la calidad de la atención con el grado de actualización hace necesario que desaparezca el mecanismo de la autoenseñanza espontánea como medio único de aprendizaje. Es imprescindible fortalecer la docencia institucionalizada que responda a las necesidades del grupo médico y asegurar que sus beneficios lleguen a todos.

Las limitaciones del internado actual, ante el adelanto de los conocimientos de las ciencias médicas y sociales, sustentan la necesidad de complementar la formación del médico general a nivel de una especialidad, preparación que puede darse en los servicios para los médicos gene-

rales funcionarios de estos y por medio de un programa básico para los médicos nuevos.

Formación básica

Para el médico recién graduado, orientado hacia la medicina integral, la conformación de su adiestramiento debe iniciarse en los dos años de internado y complementarse con dos a tres años de estudios teórico-prácticos posteriores. Esto implica una reestructuración total del internado en nuestro país, que devolvería la visión de conjunto a la rotación por los servicios especializados, al incorporar las actividades docentes de esta etapa en un plan coherente de formación profesional dirigido a un objetivo específico. Además, acortaría el tiempo necesario para los estudios posteriores. Otro beneficio de tal reestructuración sería la posibilidad de contar con médicos especialistas (en otras ramas) de una preparación general más sólida. Esta misma reestructuración conlleva, por otro lado, la necesidad de revisar nuevamente los planes de estudios de la Facultad de Medicina.

Los programas de especialización en el campo de la medicina integral, general o familiar, para cumplir su cometido, ya sea que se inicien durante el internado o después, deben contemplar ciertos aspectos fundamentales para el papel institucional que desempeña el médico general (y el especialista).

En primer lugar, debe enfatizarse la docencia en atención ambulatoria integral hasta el punto que guarde una proporción análoga a las necesidades de cada tipo de atención que presenta la población. Como en la actualidad de un 10 a un 20% de los pacientes atendidos por morbilidad se hospitalizan, la docencia en servicios ambulatorios en ningún caso debe ocupar menos del 80% del tiempo del médico en formación. Ambos tipos de actividad docente deben contar con supervisión y apoyo de médicos especialistas.

En segundo lugar, deben proporcionar un contacto amplio con las comunidades rurales y urbanas, incluyendo el trabajo en la organización, ejecución y evaluación de actividades de beneficio colectivo.

En último lugar, deben procurar ubicarse en servicios e instalaciones de salud que faciliten la preparación integral del médico y que puedan brindar el apoyo docente necesario. En este sentido, creemos que estos programas no deben estar dentro de los hospitales nacionales, sino acoplados a las facilidades regionales de alguna de las regiones integradas (como pudiera ser Azuero, Chiriquí o Colón).

Adiestramiento en servicio

Al médico general ya en ejercicio se le debe brindar la opción de adquirir, mediante un programa organizado de educación en servicio, la calificación de médico especialista en medicina integral, general o familiar. Un programa de este tipo es viable bajo condiciones que garanticen la calidad formativa del mismo; es decir, con un sistema de acreditación por la aprobación de actividades docentes y trabajos de investigación, así como un mecanismo para valorar el desempeño profesional, con especial atención a la calidad técnica y humana del mismo.

Es conveniente señalar la importancia de contar con un aval universitario para cualquiera de los tipos de formación citados, el cual contribuye significativamente a la calidad del componente teórico y refuerza el vínculo docente-asistencial tan beneficioso para un país en vías de desarrollo como el nuestro.

CONSIDERACIONES FINALES

En síntesis, el futuro del médico general en nuestro país no puede desligarse de la política nacional de salud ni de las necesidades de la población en el campo y en la ciudad. La organización de nuestro sistema de salud descansa sobre el médico general como pilar de la atención primaria en el sector y facilita su participación, junto con otros miembros del equipo de salud, en las tareas del desarrollo nacional.

Esto nos lleva a concebir al médico general, por definición, como un médico integral con proyecciones al individuo, a la familia y a la comunidad, y como garante de acceso y continuidad en los servicios de salud para todos los panameños.

Las "reglas del juego" para la interacción entre médicos generales y especialistas necesariamente deben ser producto del consenso de todas las partes y deben fundamentarse en el respeto mutuo.

La formación de posgrado del médico integral, ya sea básica o en servicio, debe permitirle alcanzar los objetivos señalados y debe promover una actividad positiva del médico panameño frente a las necesidades de sus coterráneos.

La estructuración de un sistema de atención médica integral basado en los lineamientos expuestos dignificará al médico general, fortalecerá a todo el equipo de salud, y nos permitirá seguir adelante en la conquista de la salud para todos.

RESUMEN

El autor del artículo define el papel que le corresponde desempeñar al médico general en el contexto del sistema de salud de Panamá y en función del individuo, la familia y la comunidad, dentro del marco de la política de extensión de la cobertura de los servicios de salud a toda la población.

Destaca que la medicina moderna ha de enfocar al hombre en su concepto total y por lo tanto el médico ha de estar preparado para prestar una atención de tipo integral.

Hace hincapié en que para superar las limitaciones de que actualmente sufre la formación del médico, en la etapa de internado debe comenzar la capacitación del médico general a nivel de una especialidad para completarla después con dos o tres años de estudios teórico-prácticos. Para ello es preciso fortalecer la docencia en atención ambulatoria integral, proporcionar un amplio contacto con las comunidades rurales y urbanas, y ubicar los programas docentes en el marco de los servicios e instalaciones de salud. Asimismo, considera que se debe ofrecer al médico general ya en ejercicio la oportunidad de adquirir, a través de un programa de educación en servicio, la calificación de médico especialista en medicina integral, general o familiar, con un sistema de acreditación que incluya la aprobación de actividades docentes y la realización de trabajos de investigación.

THE GENERAL PRACTITIONER AND COMMUNITY MEDICAL SERVICES (*Summary*)

The writer defines the role of the general practitioner in the setting of the health system of Panama and in relation to the individual, the family and the community, in the framework of the policy of extending the coverage of health services to the entire population.

He stresses that modern medicine has to focus on the whole person, and he concludes therefrom that the physician must be prepared to provide comprehensive care.

He emphasizes that, to overcome the limitations that now weigh upon medical education, in the internship stage the training of the general practitioner must begin at the level of a specialty and be completed later with two or three years of theoretical and practical instruction. This requires strengthened instruction in

comprehensive outpatient care, extensive contact with rural and urban communities, and that teaching programs be set in the framework of the health services and facilities. He also feels that the general physician already practicing should be offered the opportunity of qualifying under an in-service education program as a specialist in comprehensive, general or family medicine, with a certification system that includes the approval of academic studies and the performance of research work.

O CLÍNICO GERAL E OS SERVIÇOS MÉDICOS À COMUNIDADE (Resumo)

O autor do artigo define o papel que cabe ao clínico geral desempenhar no contexto do sistema de saúde do Panamá e em função do indivíduo, da família e da comunidade, no âmbito da política de extensão da cobertura dos serviços de saúde a toda a população.

Destaca que a medicina moderna deve abranger o homem em seu conceito total, devendo assim o médico estar preparado para prover atendimento integral.

O autor insiste em que, para superar as limitações de que padece atualmente a formação médica, a capacitação do médico generalista deve começar no seu estágio de interno, ao nível de uma especialização, e se completar, a seguir, com dois ou três anos de estudos teóricos e práticos. Para tanto, cumpre fortalecer o ensino do atendimento ambulatorio integral, proporcionar amplo contato com as comunidades rurais e urbanas e situar os programas docentes no âmbito dos serviços e instalações de saúde. Considera também que deve ser oferecida ao clínico geral já em exercício a oportunidade de adquirir, através de um programa de educação em serviço, a qualificação de médico especialista em medicina integral, geral ou familiar, com um sistema de créditos que inclua a aprovação de atividades docentes e a realização de trabalhos de pesquisa.

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES (Résumé)

L'auteur de cet article définit le rôle qui incombe au médecin généraliste dans le contexte du système de santé de Panama et en fonction de l'individu, de la famille et de la communauté, dans le cadre de la politique d'extension de la couverture des services de santé à toute la population.

Il souligne que la médecine moderne doit se concentrer sur l'homme dans son ensemble, de sorte que le médecin doit être prêt à offrir des soins intégrés.

Il fait observer que pour dépasser les limites dont souffre actuellement la formation du médecin, dès l'étape de l'internat, il faut commencer la formation du

médecin généraliste dans une spécialité qu'il étudiera plus à fond par la suite lors de deux ou trois ans d'études théoriques et pratiques. Pour ce faire, il convient de renforcer la formation en matière de soins intégrés mobiles, établir de vastes contacts avec les communautés rurales et urbaines et situer les programmes de formation dans le cadre des services et installations de santé. De même, l'auteur estime qu'il faut offrir au médecin généraliste en exercice la possibilité d'acquies, par un programme d'éducation en cours d'emploi, les qualifications de médecin spécialiste en médecine intégrée, générale ou familiale, par un système d'accréditation qui comprenne l'approbation d'activités de formation et la réalisation de travaux de recherche.

Capacitación de encargadas de comunidad por medio de un "paquete" de autoenseñanza

ANTONIO A. DALHAUS G.¹

INTRODUCCION

La atención asistencial preventiva en las zonas rurales constituye un problema grande debido a la distribución geográfica y a la dificultad que conlleva la dotación de los servicios. A causa de esa situación, las autoridades de salubridad de México decidieron en 1977 capacitar a miembros de las propias comunidades en el desempeño de actividades encaminadas a promover mejores condiciones de salud entre la población. Estas personas, todas ellas mujeres jóvenes y adultas, reciben el nombre de encargadas de comunidad.

Las encargadas de comunidad forman un personal de vanguardia en el campo de la salud pública, ya que proporcionan precisamente el contacto primario de atención a la salud en localidades de 500 a 2,500 habitantes carentes de estos servicios, realizando su labor en condiciones limitadas dada la situación socioeconómica que existe en esos lugares. Desempeñan funciones tales como levantar censos de familia, aplicar vacunas, recomendar tratamientos elementales, realizar acciones relacionadas con la planificación de la familia, promover y llevar a cabo actividades de educación para la salud y otras. Para cumplir con estas funciones son capacitadas en su propia comunidad o en las capitales de sus estados por los servicios estatales de salud pública.

El desempeño de actividades educativas es algo cotidiano para ellas. Dada la importancia social de estas actividades, la Dirección General de Educación para la Salud, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia—a solicitud de la Dirección General de Servicios Coordinados, que administraba las labores de las encargadas en el Programa de Extensión de Cobertura—preparó un "paquete de autoenseñanza" para con-

¹Jefe del Departamento de Capacitación, Dirección General de Educación para la Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México.

tribuir a su capacitación. Esta última dependencia planteó el problema relativo a las muy escasas actividades educativas y desconocimiento de cómo efectuarlas en las comunidades por parte de las encargadas, así como la incorporación creciente y constante de otras acciones que requerirían de un adiestramiento rápido en temas de educación para la salud. El paquete, como se verá más adelante, está compuesto de diversos materiales de autoenseñanza, pues debido a la escasez de instructores en el campo de la educación para la salud, se decidió utilizar este medio.

OBJETIVOS

Se consideró conveniente que, además de procurar la capacitación solicitada, se ensayaran las posibilidades didácticas del paquete para disponer de ese modo de información que ayudara a tomar mejores decisiones. Los objetivos de la experiencia fueron:

1. Adiestrar a encargadas de comunidad de una región seleccionada empleando un medio didáctico autosuficiente, sin depender de un instructor, en un lapso breve, en temas relacionados con la educación para la salud.
2. Poner a prueba las posibilidades de un paquete de autoenseñanza como instrumento de capacitación, utilizando algunas bases de la tecnología educacional.
3. Extender a otros sitios el paquete de autoenseñanza, una vez confirmados sus efectos didácticos.

UBICACION DE LA EXPERIENCIA

De acuerdo con los objetivos anteriores, se seleccionaron por su cercanía al Distrito Federal dos jurisdicciones sanitarias del Estado de Querétaro: Tequisquiapan y San Juan del Río, y cinco módulos de salud. Los módulos de salud pertenecientes a Tequisquiapan fueron Ezequiel Montes y Tequisquiapan, y los de San Juan del Río fueron Colón, San Miguel Galindo y Pedro Escobedo.

Cabe mencionar que, de acuerdo con la estructura de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, una jurisdicción sanitaria es una región del Estado de carácter aplicativo donde se realizan las actividades de salud pública para la población. El módulo es una unidad médica que sirve como cabecera de atención a la salud de un grupo de localidades menores

de 2,500 habitantes y en donde radica un pasante y una responsable del propio módulo.

En la experiencia didáctica de los cinco módulos en total se contó con 36 participantes: Tequisquiapan 7, Colón 6, Ezequiel Montes 7, San Miguel Galindo 7 y Pedro Escobedo 9. La escolaridad promedio se estableció en el 4º año de enseñanza. El número de encargadas se determinó considerando los recursos disponibles, así como la circunstancia de que se planteó un ensayo en términos de enseñanza-aprendizaje y expresado como un estudio "antes-después" de carácter no experimental (1).

CONTENIDO DE LA EXPERIENCIA

Los sistemas de enseñanza basados en la participación activa e individual de los participantes en una experiencia de aprendizaje han adquirido hoy día una gran importancia. Una de sus aplicaciones son los cursos de carácter abierto y a distancia que se ofrecen sobre distintos temas y áreas del conocimiento.

Los hallazgos en el campo de la investigación sobre el aprendizaje han puesto de manifiesto la necesidad de incorporar estos a una fundamentación del proceso educativo cada vez mejor y más amplia. Los avances en las técnicas educativas no dan a la enseñanza otra alternativa que la de revisar los métodos y procedimientos e implantar las innovaciones que plantea el mundo moderno. La falta de maestros y el aumento de la población, y por lo tanto las demandas de la sociedad, son factores que también están conduciendo a revolucionar la enseñanza, sin que ello implique sacrificar la necesaria calidad que la misma requiere.

Por otra parte, los esfuerzos de extensión de la cobertura de los servicios con la estrategia de atención primaria a la salud requieren la capacitación constante del personal que en ellos presta sus servicios, por lo que deben ser utilizadas nuevas y fundamentadas tecnologías para el adiestramiento.

El paquete de autoenseñanza puede definirse como un medio didáctico de carácter autosuficiente "que cuenta con los instrumentos necesarios para autoadministrar en forma sistemática informaciones básicas sobre algún asunto que desea aprenderse" (2).

Las características básicas de este medio de enseñanza son las siguientes:

- Activa participación del que aprende, ya que ejercita los conocimientos, se esfuerza, lee, escribe, se autoevalúa, observa, confirma, etc.
- Confrontación de respuestas y retroalimentación con el material de estudio.
- Atención a las diferencias individuales con base en el criterio de que cada uno aprende a su propio ritmo.
- Identificación previa con el objetivo de aprendizaje.
- Uso de diferentes recursos didácticos: material audiovisual textos programados, ejercicios, material impreso, proyecciones, auxiliares gráficos, grabaciones, pruebas de evaluación y otros.
- Mayor relación del que aprende con el que enseña, es decir que el método se apoya en el autodidactismo y el instructor pasa a tener un papel de coordinador y aclarador de dudas.

El paquete de autoenseñanza empleado para capacitar a las encargadas de comunidad en conceptos, habilidades y actitudes en educación para la salud constó de los siguientes medios:

- Material instructivo.
- Proyector para transparencia automanejable tipo televisión.
- Audiovisual de 13 minutos de duración, con cassette integrado y de efectos simultáneos al paso de 75 diapositivas.
- Texto programado con 165 cuadros de insinuación y 25 ilustraciones.
- Ejercicios y autoevaluación tanto para el audiovisual como para el texto programado.

El material instructivo señalaba, en forma sencilla y clara, los objetivos de aprendizaje y la forma de estudiar y trabajar con el paquete.

El audiovisual tenía por objeto que las encargadas identificaran su papel como agentes de cambio, su responsabilidad en el desempeño de acciones educativas, sus actitudes hacia la educación para la salud, y los modelos de trabajo con la comunidad y la participación comunitaria.

El texto programado daba orientación acerca de los conceptos fundamentales y las habilidades que se requieren en educación para la salud comunitaria, los conocimientos, la elaboración y uso de algunos materiales, los procedimientos didácticos y las técnicas de trabajo con la comunidad.

Los ejercicios y la autoevaluación se hicieron sobre cada medio. Se prepararon 40 reactivos de opción para cada uno de ellos, es decir, para verificar el aprendizaje logrado tanto en el estudio del material audiovisual como del texto programado.

DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

De acuerdo con el objetivo antes citado de considerar la presente experiencia como una labor de capacitación y al mismo tiempo como un estudio no experimental se establecieron tres fases en el trabajo.

1. Aplicación de una prueba previa a las 36 encargadas de comunidad para determinar cuánto sabían antes de estudiar el paquete. Para tales efectos se contó con un cuestionario formado por 30 reactivos de opción múltiple. La aplicación de este se hizo módulo por módulo, empleando en total una semana de tiempo.

2. Estudio del paquete. Esto se realizó primeramente en Tequisquiapan. En las cabeceras de los dos módulos de esta jurisdicción sanitaria se instaló un proyector con los materiales didácticos. De acuerdo con sus posibilidades de tiempo y la versatilidad del medio, las encargadas acudían a estudiarlo una por una bajo la orientación de una enfermera-monitor. En virtud también de la existencia de un instructivo, la enfermera-monitor lo entregaba, se leía y luego se preguntaba y hacían aclaraciones. Al momento de asegurarse de que las encargadas no tenían dudas, la enfermera-monitor las dejaba trabajar en forma independiente. Se iniciaron viendo el audiovisual, lo ejercitaron, se autoevaluaron y confrontaron sus respuestas. Luego pasaron al texto programado e hicieron lo mismo.

Tanto para el audiovisual como para el texto programado se fijó un criterio de 80% de respuestas correctas para considerar que se habían alcanzado los objetivos de ambos medios. En caso contrario, es decir, menos de 80% de respuestas obtenidas en la autoevaluación que obtenían en la confrontación, se determinaba que debían repasar nuevamente en el audiovisual y en el texto los temas o aspectos no aprendidos. De manera similar operó el paquete en los módulos de San Juan del Río con las demás encargadas de comunidad.

3. Aplicación de una prueba posterior idéntica a la prueba previa, con el propósito de averiguar si se observaban diferencias significativas. Esta tarea se hizo también en forma individual, una vez que se concluyó el estudio del paquete.

RESULTADOS

Tiempo empleado en el estudio. Para contestar la prueba previa el total de encargadas invirtieron en promedio 53 minutos, mientras que para la prueba posterior emplearon 39 minutos.

Las encargadas se trasladaron en promedio tres veces de su localidad a las cabeceras de módulos a estudiar el paquete. El tiempo empleado en el estudio completo del material fue en promedio 2 horas 31 minutos (cuadro 1).

Aprendizaje obtenido. En la prueba previa las 36 encargadas obtuvieron 479 respuestas correctas de un total de 1,080 preguntas (cada cuestionario contaba con 30 preguntas). En términos porcentuales se obtuvo un 44.35% de respuestas correctas, mientras que en la prueba posterior se obtuvieron 783 respuestas, equivalente a un 72.5% (cuadro 2).

Desarrollo didáctico. En promedio las encargadas analizaron el audiovisual más de dos veces, es decir, repitieron la observación porque ninguna contestó más del 80% de las preguntas la primera vez. El promedio total de respuestas fue del 67%, mientras que la última vez fue de 82.5%. Situación similar ocurrió con la evaluación del texto programado: en la primera autoevaluación se obtuvo un rendimiento del 70.49% y en la última, 92.60% (cuadro 3).

En concreto, en ambas actividades (análisis del audiovisual y estudio del texto programado) hubo necesidad de efectuar alguna retroalimentación con los medios para rectificar el aprendizaje y alcanzar el porcentaje requerido de respuestas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos con la experiencia, se puede llegar a las conclusiones siguientes:

1. Se alcanzó el objetivo de capacitación de las encargadas de comuni-

*Cuadro 1. Tiempo empleado en el estudio del paquete de autoenseñanza, según módulo de salud.**

Módulo de salud	Tiempo	
	Horas	Minutos
Colón	2	14
Pedro Escobedo	2	29
Ezequiel Montes	2	46
San Miguel Galindo	2	29
Tequisquiapan	2	39
Promedio	2	31

*Excluyendo la prueba previa y la prueba posterior.

Cuadro 2. Aprendizaje obtenido, según módulo de salud.

Módulo de salud	Respuestas correctas en la prueba previa			Respuestas correctas en la prueba posterior		
	Total de preguntas	Respuestas correctas	Porcentaje	Total de preguntas	Respuestas correctas	Porcentaje
Tequisquiapan (7 participantes)	210	71	33.80	210	145	69.04
Colón (6 participantes)	180	102	56.66	180	133	73.88
Pedro Escobedo (9 participantes)	270	107	39.62	270	185	68.51
Ezequiel Montes (7 participantes)	210	86	40.95	210	172	81.90
San Miguel Galindo (7 participantes)	210	113	53.80	210	148	70.47
5 módulos en conjun (36 participantes)	1,080	479	44.35	1,080	783	72.5

Cuadro 3. Desarrollo didáctico alcanzado, según módulo de salud.

Módulo de salud	Promedio de veces que se estudió el audiovisual	Audiovisual				Texto programado			
		Respuestas correctas la primera vez que se hizo el ejercicio		Respuestas correctas la última vez que se hizo el ejercicio		Promedio de respuestas correctas la primera vez que se hizo el ejercicio		Promedio de respuestas correctas la última vez que se hizo el ejercicio	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Colón	2.8	28	70	38	95	22	73.3	27	90
Pedro Escobedo	1.9	28	70	38	95	22	73.3	29	96.6
Ezequiel Montes	2.2	27	67.5	28	70	23	76.6	27	90
San Miguel Galindo	2.2	29	72.5	32	80	21	52.5	29	96.6
Tequisquiapan	2.3	22	55	29	72.5	23	76.6	27	90
5 módulos en conjunto	2.28	26.8	67	33	82.5	22.2	70.4	27.8	92.6

dad en conceptos de educación para la salud y simultáneamente se realizó la evaluación descrita. Se cuenta con información inicial sobre el uso de material autoadministrable.

2. Quedó demostrado que el empleo de un paquete de autoenseñanza permite atender determinados objetivos de aprendizaje sin necesidad del concurso de un instructor formal, para la capacitación de personal que se desempeña en el nivel de atención primaria a la salud.

3. Los resultados, aunque modestos, pueden ser atribuibles al paquete, ya que muestran que hubo aprendizaje. El propósito no es generalizarlos. El estudio sirvió básicamente para conocer el funcionamiento de un paquete de autoenseñanza y su factibilidad de empleo en la capacitación a personal de salud pública u otra área que labora en el medio rural, ante la escasez de instructores.

4. El tiempo promedio de estudio completo del paquete (2.30 horas) se cubrió con dos o tres visitas que hicieron las encargadas a las cabeceras de módulo.

5. Se comprobó que personas con limitada escolaridad pueden estudiar y aprender en forma independiente, si se adecúa y sistematiza el proceso de enseñanza, apoyándose en principios derivados de la tecnología educacional.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se formulan las recomendaciones siguientes:

1. Resulta conveniente emplear con mayor amplitud este instrumento didáctico para la capacitación de un número mayor de encargadas de comunidad de otras jurisdicciones y módulos de salud.

2. Se considera que empleando este medio se podrían incluir objetivos y temas de diferentes áreas de la salud pública en la autoenseñanza, para ampliar la capacitación de las encargadas de comunidad.

RESUMEN

Se presentan en este trabajo los resultados de una experiencia didáctica llevada a cabo en el Estado de Querétaro, México, en la que se empleó un "paquete" de autoenseñanza para la capacitación de encargadas de comunidad en conceptos fundamentales de educación para la salud.

El empleo de dicho método docente obedeció al propósito de contar con un medio educativo práctico que ofreciera la posibilidad de un adiestra-

miento rápido pero fundamentado en principios derivados de la tecnología educacional.

Se demostró que el sistema aplicado resultó útil para la adquisición de conocimientos aplicables en actividades de atención primaria de salud y que también podría tener aplicación en otras áreas de la salud pública.

REFERENCIAS

(1) Weiss, H. Carol. *Investigación evaluativa*. México, D.F., Edit. Trillas, 1975, pág. 93-95.

(2) Barreto, A. Luis. El adiestramiento y los paquetes multimedia. En: *Pedagogía para el adiestramiento*, Vol. VII, No. 9. México, ARMO, 1977, págs. 7-18.

TRAINING OF COMMUNITY WORKERS WITH SELF-TEACHING "PACKAGES" (Summary)

This paper describes the results of a teaching experiment carried out in the state of Querétaro, Mexico, in which a self-teaching "package" was used to train community workers in basic concepts of health education.

This teaching method was used as a practical educational device that offered training which, while rapid, was based on principles of educational technology.

It was shown that the system was useful for the acquisition of information applicable to primary health care activities and could also find application in other areas of public health.

CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIAS POR MEIO DE UM "PACOTE" AUTODIDÁTICO (Resumo)

Constam neste trabalho os resultados de uma experiência didática levada a cabo no Estado de Querétaro, México, durante a qual foi utilizado um "pacote" autodidático para a capacitação de agentes comunitárias em matéria de conceitos fundamentais de educação para a saúde.

O emprego desse método docente teve o propósito de prover um meio educativo prático que oferecesse a oportunidade de treinamento rápido, mas também fundamentado em princípios derivados da tecnologia educacional.

Demonstrou-se que o sistema aplicado foi útil para a aquisição de conhecimentos aplicáveis tanto a atividades de cuidados primários de saúde como em outras áreas da saúde pública.

FORMATION DE RESPONSABLES COMMUNAUTAIRES SELON LA FORMULE D'UN AUTO-ENSEIGNEMENT INTÉGRÉ (*Résumé*)

Dans cet ouvrage sont présentés les résultats d'une expérience didactique menée à bien dans l'état de Queretaro, au Mexique, où a été utilisé un ensemble intégré d'auto-enseignement pour l'initiation de responsables communautaires aux notions fondamentales d'éducation pour la santé.

L'emploi de cette méthode d'enseignement avait pour objet d'utiliser un moyen d'éducation pratique qui permette une formation rapide tout en restant fondé sur des principes dérivés de la technologie de l'enseignement.

Le système utilisé s'est révélé utile pour l'acquisition de connaissances applicables à des activités de soins de santé primaires, et il pourrait également servir dans d'autres domaines de la santé publique.

Adaptación de la morfología humana a las necesidades docentes de la formación profesional

DR. W. PALLIE¹

En este trabajo presentamos un análisis de la mecánica y las estrategias de evaluación empleadas en la Cátedra de Anatomía de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad McMaster, en Hamilton, Ontario, Canadá.

En lugar de definir un programa de estudios desde el principio, en los programas de salud a nivel profesional se estudian problemas reales de la vida diaria. Estos problemas son utilizados por pequeños grupos para determinar las necesidades de las disciplinas académicas. De este modo, las distintas cátedras elaboran estrategias de enseñanza y aprendizaje para atender las necesidades de grupos selectos en un período de tiempo no programado. Con este fin ya se han establecido más de cien "módulos de autoinstrucción" cuya efectividad se puede determinar por medio de los registros de utilización, exámenes de evaluación escritos y comentarios de los estudiantes, para luego hacer los cambios necesarios. Se presentan los resultados de estos datos a fin de evaluar la eficacia de la experiencia.

La anatomía posee la ventaja de que sus temas están compuestos de elementos físicos y visibles. La anatomía humana tiene la ventaja adicional de que ha sido explorada de muchas maneras y perspectivas diferentes. Por consiguiente, no resulta difícil reunir determinados elementos y compilarlos para ilustrar temas individuales. Este es el concepto del "módulo" sobre morfología humana (véase la fotografía adjunta).

Los "módulos de morfología humana para el autoaprendizaje" se componen de elementos físicos de todas clases, dispuestos en una secuencia coordinada con un programa de instrucción mediante cinta magnetofónica o guión. (Con anterioridad se ha publicado una descripción detallada

¹Profesor y Director de la Cátedra de Anatomía, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad McMaster, Hamilton, Ontario, Canadá.

al respecto: Pallie & Brain, 1978). A continuación explicamos brevemente en qué consisten:

a) El “tópico” de un módulo puede ser un tema o un pasaje de anatomía regional. Algunos tópicos son seleccionados individualmente para ajustarlos a un programa determinado; otros son una secuencia de una serie.

b) El contenido de un módulo se puede dividir de manera conveniente. Esto tiene la ventaja de que de un módulo se pueden extraer “subtemas” y usarlos ocasionalmente, por separado del resto del módulo.

c) En sesiones de laboratorio estructuradas, por ejemplo, un grupo de 12 estudiantes podría usar un solo módulo, rotándose a intervalos de 20 minutos, en grupos de dos, para estudiar los minimódulos que lo componen.

d) Usando el mismo material que integra un solo módulo, se pueden preparar guiones o cintas magnetofónicas de instrucción a diferentes



Vista panorámica de una sección del laboratorio de anatomía en el que se observan “módulos” en su lugar.

niveles. Los niveles más elementales se disponen de suerte que se deje fuera el material más pormenorizado y se estudien otros temas superficialmente, según las necesidades.

e) Las instrucciones del módulo no aparecen de forma totalmente didáctica. Las preguntas que hay que contestar después de estudiar el espécimen, etc., hacen que el estudiante aprenda de manera "activa".

f) Los módulos incorporan aspectos sobre morfología funcional y anatomía clínica, identificados por campos de aplicación.

g) Tanto los profesores como los estudiantes pueden examinar y evaluar los módulos de manera muy conveniente, después de lo cual se pueden hacer mejoras a los mismos.

h) Los profesores de otras cátedras ajenas a la anatomía, por ejemplo, la de radiología, así como los estudiantes graduados avanzados, pueden contribuir a los módulos o a partes de ellos.

i) Al igual que con los recursos inanimados para autoinstrucción, los módulos siempre están a la disposición de los estudiantes, quienes pueden utilizarlos repetidas veces, a su propio ritmo y conveniencia.

j) La existencia de un laboratorio provisto de módulos que faciliten la autoinstrucción no desplaza al profesor. Las conferencias sistemáticas, de ser usadas, se podrían reducir, de modo que las sesiones en grupos pequeños serían menos didácticas. En realidad el tiempo del instructor se aprovecha al máximo.

En el manual del estudiante se incluyó información sobre los módulos que fueron instalados en la Cátedra de Anatomía, indicándoles que podían usarlos en cualquier momento del día, aun después de horas hábiles. En cada módulo se colocó una hoja de asistencia con instrucciones para que el estudiante la firmara cada vez que usara el módulo e indicara el tiempo que había invertido en el mismo en cada ocasión. También se incluían preguntas para una autoevaluación de cada módulo. Los formularios tenían un duplicado de papel carbón, el cual retenía el estudiante después de contestar todas las preguntas, y entregaba el original al departamento, en cuyo momento se le facilitaban al estudiante las respuestas o las claves para las preguntas.

En la clase de estudiantes que comenzaron el curso durante un período de tres meses se mantuvieron registros sobre 16 módulos. El número total de estudiantes ascendió a 101. Según las hojas de asistencia, los módulos fueron utilizados 527 veces separadas. En la figura 1 se puede observar la frecuencia de utilización individual de módulos. La frecuencia de utilización más alta (96) correspondió al módulo 11, que trataba de "anatomía abdominal," y la más baja (12) la compartieron el módulo 7, "la órbita",

y el 15, "el neonato normal". El número total de formularios de autoevaluación terminados y devueltos ascendió a 531. Estos fueron calificados posteriormente; en la figura 2 se muestra la puntuación mínima, máxima y media alcanzada por cada módulo.

El cuestionario sirvió para corroborar algo los datos sobre utilización de módulos obtenidos con anterioridad, recabó comentarios específicos sobre cada módulo y también algunos comentarios de carácter general sobre la aceptabilidad de este método de aprendizaje.

Los comentarios pueden dividirse en cinco categorías: los referentes a problemas técnicos; los relativos al tema o manera de utilización; los críticos del período de tiempo de la utilización; los pertinentes a los ejercicios de evaluación, y un grupo misceláneo.

Se determinaron algunas dificultades técnicas de menor importancia, tales como la ubicación de los enchufes eléctricos, máquinas defectuosas y, ocasionalmente, algunos materiales que faltaron, pero todas fueron resueltas con rapidez. Varios estudiantes consideraron que los módulos eran una manera buena de aprender; recursos valiosos, amenos y bien ilustrados que integraban distintos métodos visuales y táctiles. Unos pocos alumnos encontraron que el nivel de presentación era demasiado profundo o demasiado superficial. Los comentarios acerca de los ejercicios de evaluación variaron. Algunos creyeron que las preguntas eran limitativas;

Figura 1. Frecuencia de utilización individual de módulos.

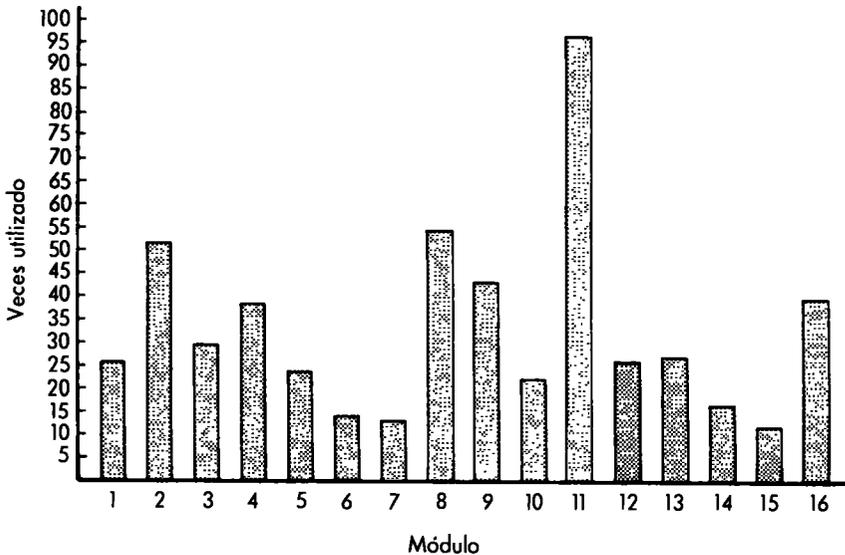
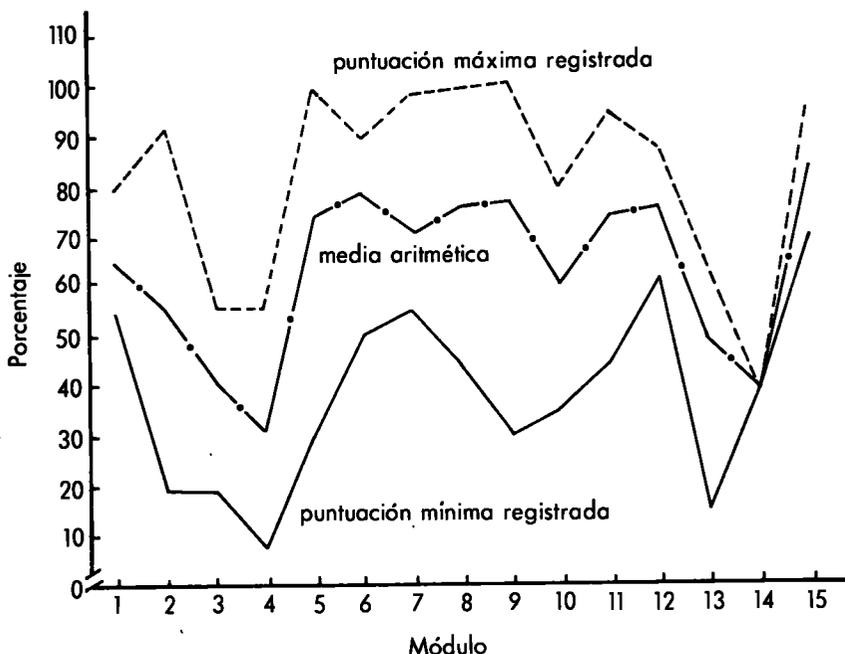


Figura 2. Puntuación del examen de autoevaluación.



otros pusieron en duda su valor para la solución de problemas. Varios los consideraron demasiado difíciles, especialmente si no habían pasado mucho tiempo en un módulo determinado. Sin embargo, otros los encontraron valiosas y que los alentaban a estudiar. Los comentarios misceláneos se referían principalmente a cuestiones de logística y a los métodos utilizados para anunciar los módulos. Hubo un comentario que nos gustaría creer que resume la actitud prevaleciente entre los estudiantes: "Gracias a este laboratorio me intereso en los estudios anatómicos, mientras que antes me agobiaban".

De acuerdo con los resultados obtenidos al examinar la frecuencia de utilización individual de los módulos (figura 2), los campos clínicos importantes y los más comúnmente tratados recibieron la puntuación más elevada; a saber: "anatomía abdominal" (módulo 11), "caja torácica" (módulo 8), "trayectos motores y circulación cerebral" (módulo 2), "piel" (módulo 16), "corazón" (módulo 9) y "médula espinal" (módulo 4), en este orden. Debido a que no se obtuvo la información solicitada, fue difícil calcular con exactitud el número de módulos utilizados por cada estudiante. Por ejemplo, 42 alumnos contestaron que habían usado un

módulo indicando el tiempo invertido en el mismo, pero prefirieron permanecer anónimos. Como promedio, se estima que cada estudiante utilizó 5 módulos; esta cifra probablemente ha sido subestimada. Solamente 20 estudiantes no dejaron constancia por escrito de haber usado un módulo.

Se completó y computó un total de 531 formularios de autoevaluación (figura 2). La puntuación fue en su mayoría satisfactoria (más del 50%), aunque la media de tres módulos fue inferior a ese porcentaje. Estos módulos se consideraron como los más difíciles y ello pudo deberse a que eran demasiado elevados para la primera fase de estudios. En general, puede decirse que los estudiantes alcanzaron una norma satisfactoria de aprendizaje y comprensión del estudio de un módulo.

Además de sus actividades de autoinstrucción, los estudiantes pidieron sesiones sobre estudios morfológicos, las cuales fueron impartidas por profesores de la Cátedra de Anatomía. Los instructores encontraron que los módulos resultaban eficaces para proporcionar una base para los estudios preliminares, y permitieron que las sesiones citadas se dedicaran a aclarar dudas sobre el tema correspondiente o a discutir cuestiones más profundas. También se encontró que los módulos eran efectivos como material didáctico básico para el programa de estudios clínicos y de anatomía en vivo que comienzan en la primera fase de estudios y continúan durante las fases restantes del programa de medicina. Por este otro motivo, tanto los profesores como los estudiantes consideraron que los módulos de morfología eran valiosos medios de aprendizaje.

Se pudo determinar a base de la experiencia que los módulos de autoinstrucción en morfología constituyen un medio de aprendizaje efectivo, que ha sido bien aceptado tanto por los estudiantes como por los profesores. Ya se ha logrado superar muchos de los problemas de logística que surgieron cuando la Cátedra de Anatomía incluyó la enseñanza de la morfología en los programas de medicina, así como muchos otros. Las estrategias empleadas para utilizar al máximo los recursos disponibles, cualesquiera que fuesen, y para delimitar la materia o su manejo limitando su alcance mediante la selección de los temas pertinentes y significativos, han resultado efectivas. Hay indicaciones de que la aceptación de este método aumenta con el uso continuado.

Reconocimiento. El autor desea expresar su agradecimiento a la Dra. Elizabeth Brain, Redactora Médica de Recursos Audiovisuales de la Facultad de Ciencias de Salud, por sus valiosos comentarios, y a la Sra. Deborah Miller, Asistente Encargada de Recursos en la Cátedra de Anatomía, por los gráficos y la asistencia técnica que le prestó en la preparación del presente trabajo.

RESUMEN

Se analiza en este trabajo el método utilizado por la Cátedra de Anatomía de la Universidad McMaster para la evaluación de módulos de auto-instrucción.

Se establecieron más de cien módulos de morfología para el aprendizaje, basados en las necesidades profesionales. La efectividad de los módulos es determinada por los registros sobre utilización, exámenes de evaluación y comentarios de los estudiantes. El sistema de evaluación también permite correcciones y cambios continuos en los módulos.

ADAPTATION OF HUMAN MORPHOLOGY TO THE TEACHING REQUIREMENTS OF PERSONNEL TRAINING (*Summary*)

This paper discusses the method by which self-teaching modules were evaluated in the Faculty of Anatomy in McMaster University.

More than one hundred modules on morphology were prepared for self-teaching purposes, based on the needs of the professional. The effectiveness of the module was determined on the basis of the records on its use, evaluation tests, and student comments. The evaluation system also permitted ongoing corrections and changes in the modules.

ADAPTAÇÃO DA MORFOLOGIA HUMANA ÀS NECESSIDADES DOCENTES DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL (*Resumo*)

Analisa-se neste trabalho o método utilizado pela Cadeira de Anatomia da Universidade McMaster para a avaliação de módulos de auto-aprendizado.

Com base nas necessidades profissionais, foram estabelecidos mais de cem módulos de morfologia para o auto-aprendizado. A eficácia dos módulos é determinada pelos registros referentes a utilização, exames de avaliação e comentários dos estudantes. O sistema de avaliação também permite a contínua introdução de ajustamentos e modificações nos módulos.

**ADAPTATION DE LA MORPHOLOGIE HUMAINE AUX BESOINS
DIDACTIQUES DE LA FORMACION PROFESSIONNELLE (Résumé)**

Cet ouvrage analyse la méthode utilisée par la Chaire d'anatomie de l'Université McMaster pour l'évaluation de modules d'auto-instruction.

Il a été établi plus de cent modules de morphologie pour l'auto-apprentissage, sur la base des besoins professionnels. L'efficacité de ces modules est déterminée d'après les registres sur leur utilisation et par des examens d'évaluation et les commentaires des étudiants. Le système d'évaluation permet également d'apporter continuellement des corrections et des changements aux modules.

Internato de Saúde Pública na Faculdade de Medicina de Botucatu

MARIA CECILIA PEREIRA BINDER,¹ CECILIA MAGALDI¹
E RUBENS MARIA LOPES¹

INTRODUÇÃO

Uma das críticas feitas mais repetidamente ao ensino médico baseia-se no fato de que o “ciclo clínico” se dá em grande parte dentro do hospital-escola. Local onde se encontram maior espectro de especialistas, maior quantidade de aparelhos, maior disponibilidade de medicamentos, e para onde aflui grande número de portadores de doenças raras ou de difícil diagnóstico e controle, sua utilização dominante para o ensino acarreta neste algumas distorções. Outro questionamento à escola médica diz respeito a sua ideologia, que, colocando a Medicina como ciência neutra, à frente da humanidade, voltada exclusivamente para a saúde, a vida e o bem, impossibilitaria criticá-la como ciência e como prática (1).

Nos últimos dez anos, algumas escolas médicas têm programado estágios “extra-muros” em Medicina Preventiva/Medicina Social/Saúde Pública, com diversos objetivos: prestação de serviços em instituições não acadêmicas; ensino de princípios de administração em saúde; análise do sistema de saúde; e análise das relações entre a saúde e a estrutura social. Alguns desses modelos tentam implementar propostas de regionalização docente-assistencial (2, 3, 4, 5).

Visando propiciar prática “extra-muros” aos alunos do sexto ano médico, o Departamento de Medicina em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, desde 1970, programou algumas atividades em integração com a disciplina de Moléstias Infecciosas e Parasitárias (1970 e 1971), que não tiveram condições de serem mantidas, e sob a forma de internato de Saúde Pública (1975, 1976 e 1977), que não foi considerado satisfatório (6).

Em 1978 e 1979, com ampliação da carga horária/aluno de 7 para 18 dias úteis, tentou-se inovar o internato de Saúde Pública visando principalmente:

¹Docentes do Departamento de Medicina Legal e Medicina em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade do Estado de São Paulo (UNESP), Brasil.

a) proporcionar aos internos prática em assistência médica primária; b) criar situações de trabalho colocando os internos em contato com a equipe multiprofissional de saúde; c) discutir, com base na prática diária, os aspectos mais relevantes da organização interna de um serviço de saúde e da organização da assistência à saúde como um todo no Brasil; d) possibilitar a análise crítica da medicina como ciência e como prática, bem como de suas relações com a estrutura social; e) relacionar o processo saúde-doença com a estrutura social, a partir da prática clínica diária.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO INTERNATO DE SAÚDE PÚBLICA

Durante os anos de 1978 e 1979, os 85 e 95 internos do sexto ano médico, respectivamente, foram divididos em 12 grupos de 7 a 8 alunos. Cada grupo frequentou o estágio durante 18 dias úteis, em média, com carga horária de 144 horas/aluno, correspondendo a cerca de 1.200 horas/ano/docente.

Pré e pós-testes

Precedendo a apresentação do programa, no primeiro dia de atividade, os internos eram submetidos ao pré-teste, do qual constavam questões abertas e testes destinados a caracterizar sua maneira de encarar o papel da Medicina na sociedade, a vinculação entre a estrutura social e o processo saúde/doença, o papel da educação em saúde na sociedade e o trabalho da equipe multiprofissional de saúde.

No julgamento das respostas, utilizaram-se critérios baseados nos seguintes conceitos, que seriam transmitidos no decorrer do estágio:

Em relação a seu papel na sociedade, a Medicina produz, no nível econômico, serviços médicos que visam principalmente a manutenção e reprodução da força de trabalho, utilizando equipamentos, medicamentos, etc., consoante o modelo de desenvolvimento industrial (6, 7, 8, 9). No nível político e ideológico, atua como mecanismo de controle social (10, 11), através da medicalização crescente das contradições sociais.

Nas relações entre a estrutura social e processo saúde-doença, a estrutura social apresenta elementos (econômicos, políticos e ideológicos) que interferem no processo saúde-doença (condições de trabalho, distribuição da renda, organização de serviços de saúde, etc.).

No que diz respeito ao papel da educação em saúde na sociedade, observam-se características de controle e mistificação político-ideológica veiculadas em normas de puericultura, higiene pessoal, alimentação, etc. (12,13).

No trabalho da equipe multiprofissional de saúde, é necessária a divisão interna da produção de serviços, que pressupõe a delegação de responsabilidades e autoridade, implicando na democratização dos conhecimentos científicos e técnicos entre seus membros.

No último dia de estágio, realizava-se pós-teste, idêntico ao pré-teste, procedendo-se em seguida à avaliação por escrito das principais atividades desenvolvidas durante o estágio. Para possibilitar a observação posterior de variações nas respostas, os dois testes e a avaliação eram grampeados juntos pelo próprio aluno.

Apresentação das atividades a serem desenvolvidas no estágio

O primeiro dia de estágio foi destinado à apresentação e discussão das finalidades de cada atividade a ser desenvolvida e ao conhecimento do funcionamento do Centro de Saúde-Escola de Botucatu, onde parte do estágio se processaria. Essa discussão inicial foi considerada importante por permitir amplo debate sobre os objetivos do estágio.

Atividades desenvolvidas no Centro de Saúde-Escola de Botucatu (CSE)

Durante oito dias úteis, subgrupos de três ou quatro internos estagiaram no CSE, que presta assistência a famílias residentes em área geográfica bem delimitada, com população em torno de 20.000 habitantes, dos quais cerca de 17.000 moram na zona urbana.

Em 1978 e 1979, encontravam-se implantados programas de atendimento de adultos, de crianças e de gestantes, e subprogramas de prevenção do câncer ginecológico e de controle da tuberculose, com procedimentos impressos bem estabelecidos à disposição dos internos em cada um dos consultórios médicos. Cada interno consultava dois a três clientes por dia, nos programas de adultos e de crianças.

Diariamente, na parte da manhã, realizavam-se amplas discussões, a partir dos casos atendidos, de aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos, bem como de organização de serviços e de programas de saúde. De acordo com as peculiaridades de cada caso, eram discutidos o papel da medicina e da educação em saúde e as relações do processo saúde-doença com a estrutura social.

Na observação de atividades desempenhadas pela equipe multiprofissional de saúde, procurava-se estimular os internos a dialogar com os elementos que executavam as diferentes tarefas, para que pudessem avaliar os conhecimentos e o preparo destes, com vistas para a delegação de tarefas e responsabilidades à equipe multiprofissional de saúde.

As atividades observadas abrangiam: *inscrição*: orientação do cliente quanto ao funcionamento do CSE; *pós-consultas*: detalhamento das orientações pertinentes ao paciente consultado; *imunizações*: aplicação de vacinas, controle da cobertura vacinal, apresentação e conservação adequada das vacinas; e *visita domiciliar*, com finalidades variáveis, mas de caráter geralmente educativo.

Um mesmo preceptor encarregou-se das discussões em 1978. Em 1979 cinco docentes revesaram-se nesta tarefa. Além disso, em 1979, foi dada maior ênfase aos aspectos clínicos e aos relacionados com os programas de saúde pública. Cada dois internos visitavam uma família por eles atendida no CSE, com objetivo de verificar suas condições de vida, a posição ocupada pelo chefe na estrutura produtiva da sociedade e estimar a partir desses dados a morbidade de seus membros. Ao final do estágio, tais estudos, apresentados sob a forma de relatórios escritos, foram discutidos pelo grupo com o supervisor.

Atividades desenvolvidas no Município de Anhembi (1978)

O Município de Anhembi, com características tipicamente rurais, engloba dois distritos: a sede, com população de 2.400 habitantes, e Pirambóia, com 1.100 habitantes. A cidade de Anhembi possui o Centro de Saúde V (da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo) e o ambulatório do Funrural, ambos sob a responsabilidade direta do Departamento de Medicina em Saúde Pública e operados pelos médicos residentes de primeiro ano desse Departamento. Pirambóia possui apenas o Centro de Saúde V, com um único médico.

De cada subgrupo de três ou quatro internos, dois estagiaram em tempo integral nos serviços de saúde de Anhembi e os outros no Centro de Saúde V de Pirambóia, em ambos os casos por oito dias úteis.

Os internos, contando com escassos recursos diagnósticos e terapêuticos, prestavam assistência médica em moldes muito distintos dos do Hospital Universitário. A maioria teve oportunidade de atender a chamados no domicílio, para examinar doentes impossibilitados de se locomoverem até o serviço de saúde.

Atividades desenvolvidas no Município de Itatinga (1979)

Itatinga, sede do município do mesmo nome, tem aproximadamente 12.500 habitantes. O município conta com um Centro de Saúde IV (da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo), um ambulatório do Funrural e uma Santa Casa com 30 leitos que opera em convênio com o Funrural. Existem ainda dois postos municipais de assistência médica rural, um localizado no distrito de Lobo e outro na localidade de Engenheiro Serra.

O único médico da cidade, responsável por esses serviços, supervisionou as atividades dos internos, em estreito contato com o docente coordenador do estágio. Divididos em subgrupos de três ou quatro, os internos, durante oito dias úteis e em tempo integral, prestaram assistência médica em todos os serviços de saúde de Itatinga, igualmente em condições bem diversas das do Hospital Universitário.

As Prefeituras de Anhembi e de Itatinga colaboraram fornecendo gasolina ou passagem de ônibus aos internos. A Faculdade de Medicina custeou as despesas de alimentação.

Seminários

Alguns temas foram abordados sob forma de seminários de duração média de três horas. Para isso foram seleccionados textos que fornecessem elementos para a análise dos determinantes econômicos, políticos e ideológicos das decisões tomadas em nível institucional referentes aos respectivos temas, a saber: controle da natalidade, suplementação alimentar e organização da assistência médica no Brasil.

ANÁLISE DAS RESPOSTAS DOS PRÉ E PÓS-TESTES

A proporção de respostas total ou parcialmente corretas (Tabela I) nos pré-testes, em que cada aspecto foi, em geral, avaliado por duas perguntas ou testes, mostra que alguns internos já possuíam percepção mais ou menos adequada dos problemas apresentados. Note-se que os quesitos sobre o papel da Medicina na sociedade suscitaram as menores porcentagens de respostas adequadas no pré-teste, nos dois anos analisados. Nos pós-testes, houve evolução das respostas para melhor, em porcentagens variáveis, de acordo com os tópicos analisados. O fato de tais proporções terem sido sempre mais elevadas em 1978 do que em 1979, deve-se possivelmente à ênfase atribuída em 1979 aos aspectos clínicos relativos aos

Tabela 1. Distribuição dos resultados da análise comparativa de respostas nos pré e pós-testes aplicados aos internos, segundo evolução das respostas, aspectos abordados e anos ¹

Evolução das respostas	Papel da medicina na sociedade		Relações estrutura social/saúde-doença		Papel da educação em saúde na sociedade		Trabalho da equipe de saúde	
	1978 ²	1979	1978	1979	1978	1979 ²	1978 ³	1979
1. Ambas corretas	2(2,3%)	19(12,0%)	35(20,6%)	5(3,2%)	35(20,6%)	3(3,8%)	43(25,3%)	68(43,0%)
2. Ambas parcialmente corretas	15(17,6%)	17(10,8%)	28(16,5%)	58(36,7%)	29(17,0%)	16(20,3%)	9(5,3%)	6(3,8%)
3. Para melhor	40(47,1%)	42(26,6%)	54(34,7%)	41(25,9%)	53(31,2%)	14(17,7%)	61(35,9%)	33(20,9%)
4. Ambas incorretas	9(10,6%)	41(25,9%)	12(7,1%)	14(8,9%)	9(5,3%)	21(26,6%)	17(10,0%)	10(6,3%)
5. Para pior	1(1,2%)	5(3,2%)	4(2,3%)	10(6,3%)	9(5,3%)	5(6,3%)	4(2,3%)	9(5,7%)
6. Sem informação	18(21,2%)	34(21,5%)	32(18,8%)	30(19,0%)	35(20,6%)	20(25,3%)	36(21,8%)	32(20,3%)
Total	85(100%)	158(100%)	170(100%)	158(100%)	170(100%)	79(100%)	170(100%)	158(100%)

¹Em 1979, 16 alunos deixaram de responder ao pré e/ou pós-teste.

²Formulou-se nesse ano apenas uma questão sobre o assunto.

³Respostas de dois alunos evoluíram para melhor numa questão e para pior em outra.

casos atendidos, enquanto em 1978 predominaram, de certa forma, os aspectos da estrutura social.

Não foram avaliadas eventuais mudanças na prática clínica dos internos, principalmente no tocante à desmistificação de dogmas quanto às condutas diagnósticas e terapêuticas e quanto à hierarquia entre profissionais de saúde, ainda que, no contato diário entre alunos e docentes, tenham sido feitas constatações favoráveis nesse sentido.

AValiação DO Estágio PELOS Internos

A tabela II mostra que 80,0% dos internos em 1978 e 94,1% em 1979 consideraram o *conteúdo geral do estágio* excelente e bom, sugerindo que, do ponto de vista dos internos, o estágio foi satisfatório. No espaço reservado para sugestões, 30,0% dos internos, nos dois anos, propuseram a ampliação da duração do estágio, e a maioria lamentou verbalmente sua curta duração.

A *assistência primária à saúde*, desenvolvida em Anhembi ou Pirambóia (1978) e em Itatinga (1979), foi classificada no conceito excelente ou bom por 83,5% dos internos no primeiro ano e por 94,1% no segundo. No decorrer dos estágios, muitos internos comentaram com os docentes que a assistência médica por eles prestada lhes estava possibilitando adquirir maior confiança em sua capacidade de diagnosticar e tratar grande parte das doenças apresentadas pelos clientes. Constataram também diferenças qualitativas e quantitativas das afecções apresentadas pelos pacientes, em relação ao Hospital Universitário, onde se concentram casos graves, complicados e de difícil diagnóstico.

Quanto à programação no Centro de Saúde-Escola (CSE), 63,5% dos internos em 1978 e 77,6% em 1979 classificaram as atividades práticas no conceito excelente ou bom; 25,9% (1978) e 12,9% (1979) as consideraram regulares. Explicariam esses resultados, em primeiro lugar, a falta de espaço físico no CSE para prestação de assistência médica pelos internos, que dispunham apenas de três salas cedidas por outros profissionais, no período das 8h00 às 9h30, tempo considerado insuficiente para atendimento diário do número desejável de casos; em segundo lugar, os internos, não habituados a observar o desempenho de profissional de saúde não médico, demonstraram pouco interesse por esse tipo de atividade.

As *discussões com docentes* foram consideradas excelentes e boas por 74,1% (1978) e 93,0% (1979) dos internos.

Tabela 2. Distribuição dos conceitos emitidos pelos internos nos anos de 1978 e 1979, segundo o conteúdo geral e atividades programáticas do estágio ¹

Conceito	Conteúdo geral do estágio		Assistência primária à saúde		Programação desenvolvida no CSE				Seminário sobre organização da assistência médica no Brasil	
					Consulta médica e observação		Discussão com docentes			
	1978	1979	1978	1979	1978	1979	1978	1979	1978 ²	1979 ³
Excelente	19(22,4%)	27(31,8%)	46(54,1%)	45(52,9%)	4(4,7%)	11(12,9%)	16(18,8%)	25(29,4%)	19(24,4%)	19(25,7%)
Bom	49(57,6%)	53(62,3%)	25(29,4%)	35(41,2%)	50(58,8%)	55(64,7%)	47(55,3%)	54(63,5%)	39(50,0%)	32(43,2%)
Regular	11(12,9%)	4(4,7%)	6(7,1%)	4(4,7%)	22(25,9%)	11(12,9%)	14(16,5%)	5(5,9%)	12(15,4%)	11(14,9%)
Mau	—	1(1,2%)	1(1,2%)	1(1,2%)	3(3,5%)	5(5,9%)	2(2,3%)	1(1,2%)	1(1,3%)	2(2,7%)
Péssimo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2(2,7%)
Sem informação	6(7,1%)	—	7(8,2%)	—	6(7,1%)	3(3,5%)	6(7,1%)	—	7(9,0%)	8(10,8%)
Total	85(100%)	85(100%)	85(100%)	85(100%)	85(100%)	85(100%)	85(100%)	85(100%)	78(100%)	74(100%)

¹ Em 1979, dez internos não fizeram avaliação do estágio.

² Excluídos alunos que faltaram ao seminário no decorrer do ano.

³ Excluídos alunos que faltaram ao seminário no decorrer do ano, incluindo período de greve na instituição.

Dos três seminários realizados, apenas a avaliação do sobre organização da assistência médica no Brasil foi considerada no presente trabalho, por ter sido julgado o de maior relevância e por terem sido nele utilizados os mesmos textos nos dois anos. Mostra a tabela II que 74,4% (1978) e 68,9% (1979) dos internos o consideraram excelente ou bom.

CONCLUSÕES

1. O internato de Saúde Pública em 1978 e 1979 exigiu grande dispêndio de horas/docente.

2. Houve boa receptividade por parte dos internos, muitos dos quais sugeriram a ampliação da carga horária do estágio.

3. Apesar da evolução favorável das respostas, o impacto do estágio só poderá ser avaliado a longo prazo, quando os mesmos internos estiverem na prática profissional.

4. Nos moldes em que foi programada, a análise teórica dos assuntos com base na vivência em serviços de saúde, fora do Hospital Universitário, mostrou-se mais estimulante e produtiva.

5. A utilização da rede de saúde revelou-se viável, iniciando-se a experiência de regionalização docente-assistencial com bons resultados.

RESUMO

Iniciou-se, em 1978, una experiência de ensino de saúde pública para internos do sexto ano médico, baseada na prática clínica em serviços de saúde de Botucatu e municípios vizinhos. O estágio foi programado para propiciar prática de assistência médica primária, contato com a equipe multiprofissional de saúde, análise das relações saúde/estrutura social, compreensão da organização da assistência médica no Brasil, a partir da discussão da atuação diária nos serviços de saúde, e compreensão do papel da Medicina e da assistência médica na atual estrutura capitalista de produção do Brasil. O trabalho relata a experiência de ensino nos anos de 1978 e 1979, quando estagiaram, respectivamente, 85 e 95 internos, que, em grupos de sete ou oito, fizeram estágios supervisionados com duração de 18 dias úteis no Centro de Saúde-Escola de Botucatu (CSE) e nos Serviços de Saúde de Anhembi e Itatinga. A comparação das respostas de testes aplicados antes e depois dos estágios, e o registro das opiniões dos alunos sobre as atividades desenvolvidas permitiram observar uma evolu-

ção favorável de suas percepções a respeito do trabalho da equipe, da educação em saúde e do papel da medicina e da assistência médica na sociedade. A opinião da maioria dos alunos foi francamente favorável ao estágio como um todo.

REFERÊNCIAS

- (1) Arouca, A. S. S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Campinas, 1975. (Tese de doutoramento - Fac. Ciências Médicas/UNICAMP).
- (2) Chaves, M. Regionalização docente-assistencial. Apresentado no "Seminário sobre Hospitais de Ensino", Rio de Janeiro, 1975 (mimeografado).
- (3) Barbosa, F. S. Educação médica em programas de extensão. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2(1):9-16, 1978.
- (4) Coutinho, A. Utilização do sistema de saúde da comunidade no ensino médico - uma experiência da U.H.Pe. *Revista Brasileira de Educação Médica* 3(3):87-92, 1979.
- (5) Campos, F. E., e J. B. Magro Filho. Internato rural. *Revista Brasileira de Educação Médica* 3(1):31-46, 1979.
- (6) Magaldi, C. Regionalização docente-assistencial. Tentativas em Botucatu. *Revista Paulista de Hospitais* 26(2):52-9, 1978.
- (7) Donnangelo, M.C.F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo, Pioneira Editora, 1975.
- (8) Donnangelo, M.C.F., e L. Pereira. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- (9) Dreitzel, H. P. (ed.) *The social organization of Health. Recent Sociology*, No. 3, N.York, The McMillan Co., 1971.
- (10) Singer, P. et al. *Prevenir e Curar*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978.
- (11) Illich, I. *A Expropriação da Saúde*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- (12) Boltanski, L. *Prime education et morale de classe*. Paris, Editions Mouton et Cie., 1968.
- (13) Costa, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

INTERNADO DE SALUD PUBLICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE BOTUCATU (Resumen)

En 1978 se inició un experimento para internos de sexto año de medicina, consistente en dispensar enseñanza de salud pública mediante la práctica clínica en los servicios de salud de Botucatu y municipios vecinos. El plan tenía por objeto facilitar la práctica de la atención médica primaria, el contacto con el grupo multidisciplinario de salud, el análisis de la relación entre salud y estructura social, el conocimiento de la organización de la atención médica en Brasil (a base de debates sobre la actuación diaria en los servicios de salud) y la comprensión del papel de la medicina y de la atención médica en la actual estructura capitalista de producción de Brasil. El artículo relata la experiencia de la enseñanza en 1978 y 1979 cuando hicieron su internado bajo supervisión 85 y 95 alumnos, respectivamen-

te, en grupos de siete u ocho, durante 18 días laborables en el Centro de Salud-Escuela de Botucatu y en los servicios de salud de Anhembi e Itatinga. Al comparar las respuestas a las pruebas a que fueron sometidos antes y después de los períodos de internado, así como sus opiniones sobre las actividades realizadas se pudo observar una evolución favorable de su percepción con respecto al trabajo en equipo, a la educación para la salud, a la función de la medicina y a la atención médica en la sociedad. La opinión de la mayoría de los alumnos fue francamente favorable al sistema en su conjunto.

PUBLIC HEALTH INTERNSHIP IN THE BOTUCATU FACULTY OF MEDICINE (Summary)

An experiment in the teaching of public health for interns in the sixth year of medical training was launched in 1978 on the basis of the clinical practice of health services in Botucatu and neighboring municipalities. The course was designed to promote the practice of primary medical care, contacts with the different health professionals, analysis of the relations between health and the social structure, and an understanding of the organization of medical care in Brazil through discussions of day-to-day activities in health services, and of the role of medicine and medical care in the present capitalistic production structure of Brazil. The paper reports on the teaching experiment in 1978 and 1979, when the supervised training was taken by 85 and 95 interns, respectively, in groups of seven or eight for periods of 18 working days at the Botucatu Health Center-School (CSE) and the Anhembi and Itatinga Health Services. A comparison of the answers to tests given before and after the training and the opinions recorded by the students on the activities carried on show an improvement in their perceptions of team-work and of health education in the role of medicine and medical care in society. Most of the students expressed open approval of the training as a whole.

INTERNAT DE SANTÉ PUBLIQUE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BOTUCATU (Résumé)

Une expérience d'enseignement de la santé publique à l'intention d'internes dans la sixième année de leurs études de médecine a été lancée en 1978 sur la base de la pratique clinique des services de santé à Botucatu et dans les municipalités avoisinantes. Ce cours avait pour objet de promouvoir la pratique des soins de santé primaires, les contacts avec les différents professionnels des services de santé, l'analyse des relations entre la santé et la structure sociale et une compréhension de l'organisation des soins de santé au Brésil à travers des discussions sur

les activités journalières des services de santé et sur le rôle de la médecine et des soins de santé dans l'actuelle structure capitaliste du Brésil. Cette étude rend compte des résultats obtenus par cette expérience en 1978 et 1979, où 85 et 95 internes respectivement ont participé à ce cours, par groupes de sept ou huit pour des périodes de 18 jours ouvrables au Centre de santé-faculté de médecine de Botucatu et dans les services de santé d'Anhembi et Itatinga. Une comparaison des réponses à des tests subis avant et après le stage et l'avis recueilli auprès des étudiants sur les activités auxquelles ils se sont livrés révèlent une amélioration de leur perception du travail d'équipe et de l'enseignement de la santé dans le rôle de la médecine et des soins de santé dans la société. La plupart des étudiants ont exprimé une approbation sans réserve à l'égard de ce programme dans son ensemble.

La necesidad de colaboración efectiva entre la educación médica y el servicio de salud

DR. JOSE ROBERTO FERREIRA¹

INTRODUCCION

El decenio de 1970 se ha caracterizado, en el contexto de la salud, por un amplio y continuo debate en torno al significado de la salud "como un derecho de todos y no el privilegio de algunos".

En este sentido, la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Chile, 1972) aprobó el Plan Decenal de Salud para las Américas, poniendo de relieve "la necesidad de dedicar mayores esfuerzos a la consolidación de los servicios existentes y a su extensión para atender las necesidades de salud integral en las comunidades que no los reciben, tanto en el medio rural como en el urbano".

Cinco años después, en su IV Reunión Especial (Washington, D.C., 1977), los Ministros de Salud, sobre la base de la evaluación de la primera fase del Plan Decenal, confirmaron su propósito de "intensificar los esfuerzos y acopiar los recursos para acelerar los procesos de extensión de la cobertura de servicios a toda la población".

Por último, en 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alta-Ata, URSS) estableció que "uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta' como parte del desarrollo conforme al espíritu de justicia social".

Esta misma Conferencia recomendó "que los gobiernos emprendan o apoyen actividades de reorientación y capacitación para todas las categorías del personal existente y revisen los programas para el adiestramiento de nuevo personal de salud de la comunidad; que el personal de salud,

¹Jefe de la División de Recursos Humanos e Investigación, OPS/OMS.

especialmente los médicos y las enfermeras, reciba una formación social y técnica y esté motivados para servir a la comunidad; que todas las actividades de capacitación comprendan trabajos prácticos sobre el terreno; que se exhorte a los médicos y a otras categorías de profesionales de la salud a que, al comenzar sus carreras, trabajen en zonas desatendidas; y que presten la debida atención a la enseñanza permanente, a la supervisión de apoyo, a la preparación de los profesores de personal de salud y al adiestramiento sanitario de personal de otros sectores”.

Las soluciones recogidas en ese enunciado, aunque no sean propiamente originales o innovadoras, tienen en sí mismas un peso político considerable, representado por la aprobación oficial que le otorgaron 134 gobiernos de todo el mundo. Creo que esto es suficiente para exigir que revisemos una vez más toda esta problemática, tratando de corregir las fallas que determinaron el fracaso de intentos anteriores de racionalizar la formación médica.

EL MEDICO GENERAL Y LA ATENCION PRIMARIA

El que tengamos hoy en América Latina una distribución cualitativa defectuosa de todo el personal de salud—que se compone de cerca de 500,000 profesionales, 60,000 técnicos médicos y 400,000 auxiliares—ha llevado a una orientación política que concede prioridad a la formación de los niveles intermedios y auxiliares. Sin embargo, los 250,000 alumnos que actualmente cursan estudios en las escuelas de medicina van a duplicar el número de médicos en los próximos siete u ocho años y su absorción por el mercado de trabajo será dudosa si no se les asigna un papel definido en el desarrollo de la atención primaria.

Este cuidado primario tendrá que ser, en primer lugar, de carácter global en lo que se refiere a las poblaciones a ser atendidas; tendrá que involucrar zonas rurales y urbanas y será de particular importancia en las áreas marginales de los grandes centros urbanos; tendrá que basarse en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, y tendrá que ser puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan afrontar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo. Además, tendrá que formar parte del sistema nacional de salud e incorporar los recursos del ministerio de salud, del seguro social y de todas las demás instituciones que actúen en el sector y, obviamente, tendrá que asentarse en una estructura regionalizada que permita el envío del paciente a los niveles secundario y terciario de asistencia.

¿Qué papel le corresponderá al médico en todo este contexto? Aún más importante para nosotros en este momento, ¿qué papel desempeñará la escuela de medicina en la promoción y puesta en práctica de todo este cambio?

El proceso educativo en sí no ha logrado producir, a través de la formación profesional, una transformación de las prácticas de salud y especialmente de la atención médica. Por el contrario, se ha observado una influencia a la inversa: la estructura de la práctica médica representa el factor hegemónico que ha determinado, en cada contexto, el patrón que reproduce la educación médica.

La aceptación de esta premisa conlleva dos consideraciones de orden práctico. La primera se basa en la propia naturaleza de los planteamientos referidos en cuanto a la amplia difusión de la atención primaria—situación que involucra un cambio estructural de la práctica médica con la integración y regionalización de los servicios, incluyendo, oportunamente, los del seguro social, con transformaciones significativas del mercado de trabajo médico. La segunda se refiere a la posibilidad de que los reajustes que sean necesarios en el proceso de educación médica puedan ser previstos y puestos en práctica en forma paralela con la implantación de los cambios en la práctica médica.

Por ende, partiendo del principio de que la regionalización de los servicios es fundamentalmente un problema de distribución de las funciones, de actitudes y de motivaciones; y aceptándose que el médico tendrá que ajustarse a una jerarquización de niveles de acción que demandan aptitudes distintas, se podría plantear la posibilidad de buscar una mayor racionalidad en el proceso de formación incorporando una nueva secuencia de escalonamiento en su adiestramiento.

El médico en la práctica de la atención primaria de salud estará necesariamente ubicado en la puerta de entrada del sistema regionalizado y actuará en la interfase entre las acciones de salud de la comunidad (los sistemas informales) y los servicios organizados (del sistema oficial).

Su capacidad técnica deberá orientarse al manejo de la patología prevalente, con énfasis en el cuidado requerido por los grupos de la población de mayor riesgo: la madre y el niño, el anciano, los trabajadores, etc. Pero, en especial, este médico tendrá que desarrollar un sentido de liderazgo que le permita coordinar el trabajo de todo el equipo donde predomina el personal auxiliar así como el de la propia comunidad. Además, actuará en el seno de la misma comunidad, estimulando y aceptando su amplia participación en las decisiones y en la ejecución de los servicios.

En su formación, es posible que tenga que limitarse la amplitud de co-

nocimientos de toda la medicina en favor de una mayor concentración en aspectos fundamentales de la medicina interna, cirugía general, obstetricia y pediatría. Sin embargo, esto no quiere decir que se restringirá en el médico su capacidad interpretativa de los fenómenos básicos y su comprensión del método científico, que le permita no solo ejercer la función pensante en el seno del equipo de cuidados primarios y constituir el elemento de unión con los otros niveles de atención a través de los sistemas de referencia, sino también estar en condiciones de progresar en su formación posterior para niveles más avanzados hacia la propia especialización.

En la medida en que las políticas de los servicios de salud adopten los propósitos de salud para todos en el año 2000 e incorporen las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad, el nuevo médico general que acabamos de describir podrá ser absorbido por un mercado de trabajo más amplio. Esto hará posible introducir los necesarios ajustes en el sistema educativo para adecuar su formación.

Estos ajustes incluirán, en mayor o menor grado, una más estrecha coordinación de la escuela de medicina con los servicios de salud, tanto en la elaboración de políticas y planes como en el desempeño de sus actividades de rutina. Pero también demandarán, en el interior de la propia escuela, una más clara diferenciación entre la formación de pregrado y los contenidos que deben ser parte del posgrado para el adiestramiento de especialistas. Aún así, será necesario establecer nuevos mecanismos de incentivos que permitan una mejor distribución geográfica del equipo de salud. Por último, será necesario incorporar en este esfuerzo a todo el cuerpo docente en la búsqueda de una redefinición del aporte de cada disciplina, tanto en los distintos niveles de formación como en la propia operación de los servicios.

MEDICINA COMUNITARIA E INTEGRACION DOCENTE-ASISTENCIAL

Señalamos aquí nuevamente que, entre las innovaciones propuestas en el campo de la educación médica, la incorporación de la medicina comunitaria con un nuevo enfoque que conlleva a un mismo tiempo “la integración de las acciones preventivas y curativas con un modelo docente para la formación profesional” no se aplica más en forma aislada o parcial a una disciplina sino que es enfocada en términos globales para toda la escuela y en estrecha relación con los servicios de salud.

La medicina comunitaria y su corolario inmediato, la integración docente-asistencial, responden en primer plano a la más importante distorsión de la educación médica tradicional. Así lo señaló Kerr L. White en su estudio de la utilización de los servicios de atención médica, que demostró que el hospital universitario concentraba una clientela muy poco representativa de los problemas locales de salud.

Cumple además esta medicina comunitaria un papel destacado al promover la integración de los aspectos asistenciales o curativos, preventivos o sanitarios, educativos y de rehabilitación física y psíquica, realizados por un equipo de profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos, en el que cada cual ofrece su aporte al proceso de prestación de servicios de salud.

En la medida que esta coordinación se dé a nivel del servicio quedan establecidas las bases para que el proceso docente se ajuste en términos de una verdadera integración docente-asistencial.

Los intentos realizados en este campo con frecuencia se limitan a una parte del plan de enseñanza, a veces la correspondiente al área de medicina preventiva y social. En experimentos más ambiciosos, llegan a involucrar una que otra disciplina clínica. Sin embargo, tales soluciones parciales están lejos de lo que se pretende que sea la integración docente-asistencial y solo han persistido en contextos no identificados con el objetivo de formar profesionales orientados al cuidado primario de salud.

En el presente planteamiento se estimaría necesaria una más amplia participación de toda la escuela de medicina; primero, con los profesores de clínicas, ciencias básicas y salud pública, interactuando con los planificadores y administradores en la programación integrada del servicio y de la docencia; y, segundo, con la oportuna aportación técnico-científica de muchos de estos mismos profesores, quienes seguramente encontrarían en este nuevo contexto condiciones muy favorables a un nuevo desarrollo de formas de atención y de oportunidades de investigación.

Dada la aparente simplicidad de las acciones de salud a un nivel primario, es común que la primera reacción de los grupos académicos sea considerar innecesaria su participación, sin tomar en cuenta que este nivel de acción casi elemental no ha sido solucionado por falta de orientación más adecuada que podría ser aportada por un recurso profesional de más alto nivel. Independiente del grado de complejidad de las situaciones, el método científico seguirá siendo indispensable para la racionalización y la solución de los problemas.

Ya en el escenario de la propia educación médica, que usualmente tiene su programación planeada y desarrollada por compartimentos, se

puede imaginar la amplia gama de opciones que se abrirían a través del intercambio constante entre los profesores, representando diferentes áreas del conocimiento y manejando distintos instrumentos, en un contexto realmente interdisciplinario.

Todo esto, repetimos, no significa bajar el nivel de la enseñanza, por el contrario, requiere un personal con muy buena preparación, fundamentalmente científica y gran iniciativa personal para encontrar soluciones. Si analizamos en este caso el gran potencial de investigación de la escuela de medicina y la distribución usual de ese esfuerzo científico, que predomina en las disciplinas básicas, pero también interesa en las áreas clínicas en los más variados campos, sorprende la poca o nula dedicación en el campo de lo que, en los últimos años, se ha denominado "investigación de los servicios de salud". De hecho, el gran avance alcanzado en la comprensión de los fenómenos fisiopatológicos y en el desarrollo de nuevas armas inmunológicas o terapéuticas encuentra su mayor restricción en la imposibilidad de su amplia aplicación para el beneficio de las poblaciones.

La investigación de los servicios de salud, aunque no haya logrado despertar mayor interés y sea considerada por algunos como de nivel académico secundario, involucra con frecuencia aspectos más complejos que muchas de las investigaciones convencionales y demanda un abordaje realmente multidisciplinario, con contenidos clínicos, epidemiológicos, económicos, sociales y de análisis operativos, entre otros. No creo que esta investigación puede ser desarrollada en toda su amplitud en base al esfuerzo individual del sanitarista o del planificador; en muchas ocasiones dependerá del concurso de los mejores bioquímicos, inmunólogos, patólogos, antropólogos e ingenieros de sistemas.

En este contexto, seguramente el cuerpo docente de la escuela de medicina podrá encontrar excelentes oportunidades de desarrollo en estrecha coordinación con las instituciones de servicios. No se trata de promover la apertura de nuevas líneas de trabajo, sino de responder a una necesidad inminente para la aplicación de las políticas de extensión de la cobertura.

Solo así será posible estudiar los factores que influyen en la accesibilidad a los servicios de salud, buscar la racionalización del proceso de atención o analizar el efecto de distintas estrategias de salud. Solo así será posible conocer en su mínimo detalle la utilización de los servicios existentes y reprogramar la distribución de los recursos disponibles para obtener mayor rendimiento. Solo así será posible evaluar la acción médica, preventiva y curativa para la retroalimentación del propio desarrollo de la ciencia médica.

OPERATIVIDAD DE LA SOLUCION

Si aceptamos toda esta argumentación a favor de una más estrecha relación de la educación médica con los servicios de salud solo nos queda complementar la caracterización de esta integración docente-asistencia.

En los Estados Unidos y Canadá una gran mayoría de las escuelas creadas desde 1960 están utilizando hospitales comunitarios que antes no participaban en la formación de pregrado de los nuevos profesionales.

Ya sea porque no se dispone de fondos federales para construir sus propios hospitales universitarios o bien por la aceptación de que quizás esos hospitales no representen el ambiente más adecuado para la formación básica, lo cierto es que se ha introducido un importante cambio en el proceso de dicha formación.

En casos más extremos se ha logrado utilizar toda una red de servicios. Tal es el caso del "Eastern Virginia Academic Health Network", conocido como el consorcio del EVIMEC, que congrega 22 instituciones, con un total de 6,000 camas y un movimiento de consulta externa de 1,700,000 por año.

En América Latina, también por la falta de hospitales universitarios en un gran número de escuelas—deficiencia que, quizás deberíamos considerar una ventaja—se han utilizado ampliamente los servicios de salud para la docencia.

En algunas situaciones experimentales se está intentando utilizar prioritariamente los centros de salud periféricos. Por otro lado, en algunos países, las escuelas de medicina han firmado convenios con el seguro social para la utilización de toda su red de servicios.

De hecho, la integración ideal para la formación del médico debería incluir la amplia utilización de una red de servicios de salud regionalizada que ofrezca la posibilidad de participación en todos los niveles de atención.

En el nivel primario, sea en la consulta externa o en la propia comunidad, el médico general o el estudiante que se orienta en esta dirección, al reconocer el aporte fundamental de cada profesional, técnico y auxiliar, se convierte en un miembro del equipo preparado para enfocar los problemas de salud dentro de una amplia dimensión, consciente de su papel social. El debe aprender a evaluar los problemas, diseñar soluciones, establecer prioridades, dirigir y participar en su ejecución, evaluar resultados y, a la luz de éstos, revisar los programas y diseñar nuevas soluciones y opciones, todo ello en conjunto con los otros miembros del equipo.

El alumno, en este nivel, deberá ser orientado—científica y socialmente—hacia el individuo dentro del contexto de su ambiente familiar y comunitario. Así, aprenderá a manejar el primer contacto con el paciente, dando atención personal dentro de la esfera de su competencia y enviando al enfermo a otros niveles de atención cuando el caso lo requiere.

El nivel secundario, el hospital general o comunitario, constituye el sitio de elección para la complementación de la formación del médico general. Permite éste la observación más detenida de los enfermos y una más amplia manipulación diagnóstica, basada en recursos de laboratorio clínico, de radiología y de anatomía patológica. La disponibilidad del cuidado de enfermería, el respaldo de servicios especiales (anestesia, banco de sangre, dietética, esterilización) y los aspectos infraestructurales, tanto de naturaleza administrativa como de instalaciones, permiten el manejo de situaciones de mayor riesgo y procedimientos terapéuticos que no se pueden realizar a nivel de la consulta externa.

Lo ideal sería—siempre que se cuente con un sistema de salud regionalizado, en el que haya una estrecha coordinación entre los niveles primario y secundario—establecer el centro de la actividad del alumno a nivel de la consulta externa. Así, a partir del vínculo que se establece entre él y los individuos que tiene a su cuidado, cuando alguno de éstos se enferme, la naturaleza de la dolencia y el nivel de asistencia requerido orientarán al estudiante a determinar el grado de complejidad de la actividad clínica que es preciso realizar.

El nivel terciario, a pesar de las amplias posibilidades que ofrece para la solución de problemas complejos, tiene un papel limitado en el contexto del binomio salud-enfermedad. En efecto, este nivel se basa en una acción intermitente y eventual que solo se puede aplicar cuando lo requiere la propia naturaleza de la patología. Este criterio selectivo de utilización del hospital especializado impone la necesidad de aumentar su rendimiento institucional y lo limita en el aprendizaje práctico de los estudiantes de medicina de hoy—futuros médicos generales. La permanencia de alumnos de pregrado en estos hospitales debería ser una medida de excepción.

Sin embargo, también el hospital terciario tiene una importante función docente que debe orientarse prioritariamente a la formación de posgrado del especialista. Igualmente, y por reunir recursos más adecuados para la investigación clínica, termina siendo este hospital el semillero de cierto tipo de profesores que seguirán necesitando de formación avanzada en determinadas especialidades.

En términos ideales, en un esquema de integración equilibrado de todo el sistema de formación, con una distribución equitativa de los recursos

en cantidad y calidad, convendría que no fuera el mismo cuerpo clínico del hospital terciario el que directamente se encargue de la docencia de pregrado. Sí debería ser el responsable de la educación continua de los profesionales que actúan en los niveles secundario y primario para que estos, a su vez, enseñasen a los estudiantes de medicina.

Al proponer esta correlación entre la función docente y los distintos niveles de atención me doy cuenta de la distancia que separa este planteamiento de los esquemas tradicionales vigentes. Pero, asimismo, no lo propongo solamente como una alternativa innovadora, sino como la solución factible que podrá ajustar el proceso docente a la economía de escala en que necesariamente se tiene que manejar el sector de los servicios de salud.

En la búsqueda de esta factibilidad se pueden aplicar los mismos criterios que han orientado hasta ahora la estructuración de los sistemas regionalizados. La formación médica y la atención progresiva por niveles de complejidad se identifican en un mismo principio, según el cual un porcentaje mucho más elevado de la población demanda un cuidado general y elemental que debe estar accesible en términos físicos, económicos y culturales. En la medida en que se presenta más compleja la patología y la atención requerida, se reduce en proporción inversa el número de enfermos, que podrán depender entonces de un sistema de referencia que les posibilite el acceso a los centros más especializados.

Este planteamiento, cuando se analiza a la luz de los datos del estudio de White mencionado anteriormente, permite establecer, en términos teóricos, la necesidad de una población de medio millón de habitantes para permitir el desarrollo de una red de servicios de salud que contemple todos los niveles de atención y en la cual se pueda establecer un programa de formación de médicos.

El potencial de la red de servicios para el aprendizaje está basado en la importancia de la utilización de la consulta externa, que admite la exposición masiva a una casuística muy representativa. Además, favorece la adquisición de experiencia en el manejo del caso clínico en una relación unitaria—siempre un alumno para un enfermo—en contraposición al método tradicional de la demostración a un grupo de estudiantes alrededor de un paciente. Definitivamente, este concepto rechaza la antigua costumbre de definir la capacidad docente de un servicio de salud por el número de camas hospitalarias, cuando se llegaba a postular la necesidad de 10 camas por estudiantes, relación a la que nunca nos acercamos en América Latina.

En definitiva, en este nuevo planteamiento deberíamos cuantificar la

capacidad docente en función de la proyección de la atención en todos los niveles.

Sin embargo, la comunidad referida, en términos de población y servicios disponibles, difícilmente podría tener una relación de cobertura dependiente de una facultad de medicina, como tal. Únicamente el sistema organizado de servicios de salud puede asegurar la cobertura adecuada y la responsabilidad efectiva de proveerla en esta escala.

Por lo tanto, tratando de evitar duplicaciones o la aplicación de soluciones artificiales, la solución más plausible estaría en la estrecha coordinación entre el sistema formador y el utilizador de los recursos humanos, en una verdadera integración docente-asistencial.

En la práctica, esta coordinación no es sencilla, sobretodo, por la multiplicidad de servicios que actúan en una área o región, los que incluyen entre los más comunes aquellos dependientes del propio ministerio de salud y los del seguro social. No solo al nivel de la dirección de las acciones sino también al nivel del trabajo de campo, puede que se genere cierto grado de competencia y duplicidad de comando que llegue a interferir con ambas funciones, la de atención y la de enseñanza. Esta situación—a veces de difícil solución, especialmente si se trata de instituciones tradicionales y equipos docentes de destacado desarrollo—solo puede ser superada en base a la clara definición de la intercomplementariedad funcional. A la larga será necesario que los docentes participen más en la atención y que el personal del servicio se integre en la docencia.

Por supuesto que la tendencia ya evidente en varios países de América Latina de establecer un sistema nacional de salud deberá facilitar este esfuerzo de integración. Para la racionalización de todo el sistema será necesario congregar todas sus actividades asistenciales bajo una única orientación, de forma tal que permita la planificación global de los programas de salud y la distribución adecuada de los recursos disponibles. No se justifica la existencia de servicios clínicos aislados de este sistema, para la exclusiva utilización de una escuela de medicina. Esta última tendrá que participar en el proceso de decisión a nivel de los servicios y seguramente su aportación podrá tener influencia significativa en el desarrollo de los mismos; pero también tendrá que participar en la utilización de estos servicios para la aplicación de sus programas de adiestramiento.

El hecho de que en América Latina la mayor parte de las escuelas de medicina son estatales deberá facilitar la tarea de integración. Ya se ha logrado en algunos países el establecimiento de acuerdo con el seguro social, incluso con facultades privadas, para la amplia utilización de sus servicios de salud en la docencia.

Las dificultades para una aplicación generalizada de estas proposiciones son evidentes, pero la simple existencia de programas experimentales que ya siguen este curso no solo representa una demostración de su factibilidad sino que empieza a definir una tendencia que, sin duda, deberá orientar, a mediano plazo, todo el proceso de la integración docente-asistencial.

RESUMEN

En el trabajo se hace una revisión de la problemática que, desde el punto de vista de la capacitación de personal de salud, implica el compromiso de todos los países de extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población para el año 2000.

Señala el autor que en unos siete u ocho años se duplicará el número de médicos en la América Latina y considera que su absorción por el mercado de trabajo será dudosa si no se le asigna un papel claramente definido en la atención primaria de salud, que representa la clave para alcanzar la meta deseada.

Plantea la necesidad de que, en forma paralela a la introducción de los cambios necesarios en la práctica médica—entre ellos la regionalización de los servicios—se introduzcan los reajustes pertinentes en el proceso de educación médica.

Como el médico que ejerce en el plano de la atención primaria se encuentra en la puerta de entrada del sistema regionalizado de salud, su preparación técnica ha de orientarse al manejo de la patología prevalente y en especial al cuidado de los grupos de más riesgo: las madres y los niños. Además, tendrá que estar listo para asumir una función de liderazgo en un equipo del que forman parte el personal auxiliar y los miembros de la propia comunidad.

Admite que quizás haya que sacrificar la amplitud de conocimientos que se incluyen hoy día en los estudios de medicina en favor de una mayor dedicación a los campos fundamentales de la medicina interna, cirugía general, obstetricia y pediatría.

Entre los otros cambios esenciales que habrán de introducirse se encuentran una coordinación más estrecha de la escuela de medicina con los servicios de salud no solo para la elaboración de políticas y programas sino también en el desempeño de sus actividades de rutina; el establecimiento de incentivos que hagan posible una mejor distribución geográfica del personal de salud, y la determinación del aporte que corresponde a ca-

da disciplina en los distintos niveles de formación y en la operación de los servicios.

BIBLIOGRAFIA

- American Medical Association. Council on Medical Services. *Community Health Delivery Programs*. Chicago, 1973.
- Canada. Ontario Council of Health. *Future Arrangements for Health Education*. Monograph No. 1. Toronto, 1971.
- Evans, J. R. Delivery of health care in Ontario in change by evolution. En: *Canadian Education Seminar for Health Administrators*. Ottawa, 1971.
- Evans, J. R. Population-Based Medicine. Community Health and Managerial Skills. Conference of the Rockefeller Center in Villa Serbeloni, Bellagio, Italia, 1980.
- Ferreira, J. R. Misión del hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica. *Educ Med Salud* 10 (2): 140-150, 1976.
- Ferreira, J. R. Función docente del hospital moderno. Conferencia en la VI Jornadas de Educación Médica, 18 de mayo de 1978, Buenos Aires, Argentina.
- Holman, G. H. y cols. The regional academic health network in Eastern Virginia: A future model for medical education. En: Hunt, A. D. y L. E. Weeks, *Medical Education since 1960*. The Michigan State University Foundation, Ann Arbor, 1980.
- Lobo, L. C. y H. E. Jouval. Ensino médico em ambulatorios. *Rev Hosp Cli Fac Med São Paulo* 29: 343-347, 1974.
- McKeown, T. *A Concept of a Balanced Teaching Hospital—A Symposium at Birmingham*. Londres, Oxford University Press, 1965.
- McKeown, T. *The Modern Rise of Populations*. Londres, Edward Arnold, 1976.
- Margulies, H. *The Importance of the Social and Political Environment in Health Needs of Society—A Challenge for Medical Education*. OMS/COICM, Ginebra, 1977.
- Organización Mundial de la Salud—Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia de Alma Ata, URSS*. Ginebra, 1978.
- Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Centre for Educational Research and Innovations. *Study of Education of the Health Professions in the Context of Health Care Systems*. OECD-CERI, París, 1974.
- Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Washington, D.C. Documento Oficial de la OPS 118, 1973.
- Organización Panamericana de la Salud. *IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. Informe Final, Washington, D.C. Documento Oficial de la OPS 155, 1978.
- Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina. *Educ Med Salud* 9 (2): 211-223, 1975.
- Organización Panamericana de la Salud. Principios básicos para el desarrollo de la educación médica en América Latina y el Caribe. *Educ Med Salud* 10 (2): 109-139, 1976.
- Organización Panamericana de la Salud. Requisitos mínimos para la creación de escuelas de medicina. *Educ Med Salud* 13 (3): 259-287, 1979.
- Prywes, M. y A. Antonovsky. Medical education as a social phenomenon. En: *Health Needs of Society—A Challenge for Medical Education*. OMS/COICM, Ginebra, 1977.

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

White, Kerr L. Life and health and medicine. *Scientific American* 229: 22-33, 1973.

THE NEED OF EFFECTIVE COLLABORATION BETWEEN MEDICAL EDUCATION AND THE HEALTH SERVICE (*Summary*)

The article reviews the health manpower training problems involved in the commitment of all countries to extend the coverage of their health services to the entire population by the year 2000.

The author points out that the number of physicians in Latin America will double in seven or eight years, and doubts that they can all be absorbed by the labor market unless they are given a well-defined part to play in primary health care, which is the key to that goal.

Necessary changes in medical practice—among them regionalization of the services—should, he feels, be accompanied by appropriate changes in the medical education process.

Since the physician practicing at the primary care level stands at the point of entry to the regionalized health system, his training should be slanted toward dealing with the prevalent pathology, and particularly toward the care of the groups at highest risk: mothers and children. In addition, he will have to be ready to take the lead on a team consisting of the auxiliary staff and the members of the community itself.

He admits that the breadth of the range of subjects studied in medical training today may have to be traded off for more intensive concentration on the basic fields of internal medicine, general surgery, obstetrics and pediatrics.

Other essential changes include closer coordination between the medical school and the health services not only in the framing of policies and programs, but also in routine work; the provision of incentives to improve the geographic distribution of health personnel, and determining the contribution required of each discipline at the different training levels and in operating the services.

A NECESSIDADE DE UMA COLABORAÇÃO EFETIVA ENTRE A EDUCAÇÃO MÉDICA E OS SERVIÇOS DE SAÚDE (*Resumo*)

Este trabalho passa em revista a problemática que, do ponto de vista da capacitação de pessoal de saúde, implica o compromisso de todos os países de estender a cobertura dos serviços de saúde a toda a população por volta do ano 2000.

Assinala o autor que o número de médicos duplicará na América Latina dentro

de sete ou oito anos, e considera que sua absorção pelo mercado de trabalho será duvidosa se não for atribuído um papel claramente definido aos cuidados primários de saúde, que são a chave para alcançar a meta fixada.

Além disso, considera necessário que, paralelamente à introdução das reformas de que carece a prática médica—entre as quais a regionalização dos serviços—sejam efetuados os pertinentes reajustamentos no processo de educação médica.

Já que o médico que pratica sua profissão ao nível dos cuidados primários está situado no umbral do sistema regionalizado de saúde, seu preparo técnico deverá orientar-se para a patologia prevalente e, de modo especial, para os grupos de maior risco: o materno-infantil. Ademais, deverá estar pronto a assumir uma função de liderança em sua equipe, formada pelo pessoal auxiliar e pelos próprios membros da comunidade.

O autor admite a possibilidade de que seja necessário sacrificar a amplitude de conhecimentos hoje inserida no estudo da medicina, em favor de uma dedicação maior aos campos fundamentais da medicina interna, da cirurgia geral, da obstetrícia e da pediatria.

Entre as outras modificações essenciais a serem introduzidas, destacam-se as seguintes: uma coordenação mais estreita da escola de medicina com os serviços de saúde, não só para a elaboração de políticas e programas como também para o desempenho de atividades de rotina; a instituição de incentivos que possibilitem uma melhor distribuição geográfica do pessoal de saúde; e a determinação da contribuição de cada disciplina nos diferentes níveis de formação e na operação dos serviços.

LA NÉCESSITÉ D'UNE COLLABORATION EFFECTIVE ENTRE L'ÉDUCATION MÉDICALE ET LE SERVICE (*Résumé*)

Cet ouvrage procède à une révision de la problématique que pose, du point de vue de la formation du personnel de santé, l'engagement de tous les pays d'étendre la couverture des services de santé à toute la population d'ici à l'an 2000.

L'auteur signale que dans sept ou huit ans, le nombre de médecins d'Amérique latine aura doublé, et il considère que leur absorption par le marché du travail sera douteuse si on ne leur attribue pas un rôle clairement défini dans les soins de santé primaires, qui représentent la clé pour atteindre le but souhaité.

Il expose le besoin que, parallèlement à l'établissement des changements nécessaires dans la pratique médicale—et notamment la régionalisation des services—soient apportés les ajustements pertinents au processus de l'éducation médicale.

Comme le médecin qui exerce dans le domaine des soins primaires se trouve à la porte d'entrée du système régionalisé de santé, sa préparation technique doit s'orienter vers l'utilisation de la pathologie existante et en particulier vers les

soins aux groupes les plus exposés aux risques: les mères et les enfants. En outre, il doit être prêt à assumer une fonction de chef de l'équipe dont font partie le personnel auxiliaire et les membres de la communauté eux-mêmes.

Il admet qu'il faudra peut-être sacrifier l'ampleur des connaissances qui s'acquièrent aujourd'hui lors des études de médecine au profit d'un plus grand attachement aux domaines fondamentaux de la médecine interne, de la chirurgie générale, de l'obstétrique et de la pédiatrie.

Parmi les autres changements essentiels qu'il faudra apporter figurent une coordination plus étroite de la faculté de médecine avec les services de santé, non seulement pour l'élaboration de politiques et de programmes, mais aussi pour le déroulement des activités de routine; l'établissement d'incitations qui permettent une meilleure répartition géographique du personnel de santé et la détermination de l'apport nécessaire à chaque discipline aux différents niveaux de formation et dans le fonctionnement des services.

Adiestramiento en supervisión: ensayo de marco teórico¹

DR. CARLOS A. VIDAL²

A pesar de los innumerables discursos, textos y trabajos científicos que han tratado de la supervisión en general y de la supervisión en los programas de salud en particular, todavía se discute su validez y lo que es peor aún se duda de su existencia. Es frecuente que se declare que "en nuestro servicio de salud o en nuestro programa no existe ninguna supervisión". Parecería que a pesar de que la supervisión constituye un ente identificable hay una posición tan negativa frente a ella que se quisiera borrarla de la realidad.

Esto no quiere decir que no se reconozca que es necesaria la supervisión; por el contrario, en todos los programas de salud se hace hincapié en la necesidad imprescindible de supervisión. Expresamos una necesidad de supervisión y de ser supervisados, de compartir con otros las responsabilidades de nuestras acciones, pero a la vez tratamos de negarla, a la manera del conflicto entre la necesidad de afecto paternal y su negación explícita.

Al tratar de definir la supervisión podemos partir del concepto simple que describe un proceso común de todas las profesiones y ocupaciones: el supervisor es aquel que se ocupa de asegurar que otra persona realiza una buena tarea.

Los sargentos tratan de que los hombres a su cargo sean buenos soldados; los capataces de una fábrica se cercioran de que las tareas asignadas a los obreros han sido realizadas satisfactoriamente.

Si esto se aplica al campo de la salud, cuanto más concreta sea una tarea indudablemente más fácil debiera ser reconocerla como bien hecha o mal hecha. Pero como las acciones de salud son por lo general menos concretas, sus objetivos son menos explícitos y sus resultados son difíciles

¹Presentado a la Primera Reunión de Coordinación del Programa de Adiestramiento en Supervisión, celebrada en Guatemala en 1978.

²Jefe, Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, División de Recursos Humanos e Investigación, OPS/OMS.

de evaluar, y por tanto, las habilidades para lograrlas son menos precisas y hacen confusas las tareas de supervisión.

La dificultad de definir la supervisión en relación con las acciones de salud proviene, en gran parte, de los problemas teóricos acerca de la prestación de servicios de salud que aún no han sido resueltos, sobre todo en relación con la determinación de la efectividad de las acciones de salud, lo que se ha venido llamando "el impacto" de los programas de salud en el mejoramiento del nivel de vida de la comunidad. Cada vez cuestionamos más las clásicas definiciones de salud, de los programas de salud, y tratamos de definir lo que significan a la manera de "otro desarrollo" que podría significar "otra salud". Surgen así nuevas concepciones, se lucha entre la innovación y la imitación y, sobre todo se busca la forma de medir los efectos de las acciones en salud.

Cuando obtengamos un mayor entendimiento sobre qué hacer y cómo actuar en salud y con qué efectos específicos, podremos ser mucho más precisos respecto a la supervisión de estos procesos.

Todo esto significa que debemos partir de la investigación como base del proceso de supervisión. De allí el planteamiento de iniciar el proceso de adiestramiento en supervisión con un proceso de investigación que nos permita enfocar más científicamente la elaboración de un esquema de supervisión que a su vez oriente los contenidos del proceso educacional para la formación del recurso humano necesario.

Mientras tanto, debemos adoptar definiciones operativas de la supervisión que sean suficientemente flexibles como para permitirnos trabajar en forma útil.

Desde una visión histórica, e indudablemente derivada de la necesidad de "controlar", la supervisión es fundamentalmente inspección. Es preciso "vigilar" si se trabaja y cómo se trabaja, si lo que se hace se hace bien o mal. Esta situación crea inmediatamente una relación de subordinación entre el supervisado y el supervisor, una imagen de poder, de premio y de castigo—más de lo último que de lo primero—que es lo que hace rechazar la supervisión y anular sus efectos a la larga.

Surge entonces la necesidad de entender la supervisión con un enfoque científico, donde se enfatiza la eficacia administrativa y la investigación empírica. Se empezó a pensar en que se podría medir objetivamente la conducta crítica en relación con las acciones en salud realmente efectivas y que las actividades del personal de salud podrían ser controladas efectivamente y aún más reguladas para que tuvieran un desarrollo oportuno. La necesidad de supervisión científica ha dado lugar a todo un proceso de investigación operativa. Los supervisores que trabajan en esta línea consi-

deran que su trabajo consiste en estimular y dirigir estas investigaciones e interpretar los nuevos logros de modo que el personal de salud posea una base sólida para mejorar el trabajo en salud. Además de la importancia de la investigación en supervisión, la llamada supervisión científica hace hincapié en la administración eficiente y en la firmeza de la organización. Estos métodos, que se originaron en la administración científica de la industria, son considerados como el medio de lograr orden y estabilidad en los servicios de salud. Esta supervisión indudablemente dará fundamental importancia a la jerarquía, a la organización y a la evaluación, valores fundamentales en cualquier institución que se proponga lograr "eficiencia y productividad".

No hay dudas de que tanto la inspección como la función evaluativa en la administración y supervisión crean la imagen negativa del supervisor, cuya tarea fundamental parece que consistiera en sofocar la creatividad individual, atemorizar y originar conformidad.

Para nosotros un proceso de supervisión-educación enfatiza la dignidad del supervisado. Este tipo de supervisión se asocia a conceptos referidos a la personalidad humana apoyados en una amplia participación, con la definición de la política a seguir.

Podríamos decir que los principios básicos de la supervisión-educación son:

1. La integridad del trabajador de salud deber ser protegida y sostenida en todo momento.

2. La supervisión debe preocuparse en primer término de liberar y apoyar el talento del trabajador de salud como individuo.

3. Los técnicos supervisores deben acentuar la participación del supervisado en su propio proceso de evaluación, transformando así a la evaluación en un proceso formativo.

4. Se debe evitar en todo momento la amenaza, la inseguridad y el castigo como consecuencia de la supervisión.

Todas las modalidades de la supervisión no han transcurrido sucesivamente y actualmente estamos superando los modelos negativos de supervisión, los cuales persisten junto con los modelos más progresistas en los diferentes países y aún en un mismo país y programa, de acuerdo inclusive con las características personales del supervisor. Por lo tanto, debemos estar alertas a estas posibles situaciones contradictorias.

Para nosotros la supervisión en salud debe ser el medio más eficiente para lograr el desarrollo del personal de salud, no solo en la aplicación de un conjunto de técnicas y conocimientos en su trabajo sino como parte de su desarrollo como persona humana, inserta en una realidad concreta y

preparándolo para los cambios que sufre esta realidad. Cuando logremos este desarrollo del recurso humano en salud lograremos el desarrollo de los servicios de salud y el bienestar de la población.

La supervisión debe conllevar también una labor de asesoramiento y, más aún debe ofrecer la posibilidad de trabajar con el supervisado en la solución de los problemas. El supervisor debe ser capaz de trabajar junto con el supervisado en la solución de problemas. No puede existir un supervisor teórico sin que caiga en el desprestigio.

La supervisión debe incluir un importante contenido de investigación que permita el cambio. Por tanto, el manejo del método científico en grados variables de complejidad debe formar parte indispensable del proceso de formación del supervisor.

La supervisión seguirá siendo parte del proceso administrativo, pero dará énfasis a la dirección participante, al autocontrol y a la evaluación formativa.

Todo lo anterior se aplica fundamentalmente a los cambios que en relación con los sistemas, las normas y los procedimientos en el campo de la salud se están produciendo en los procesos de extensión de la cobertura de los servicios, con aplicación de las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad.

Es preciso plantear nuevos métodos y experimentarlos, pues la supervisión implicará cada vez más un contacto directo entre niveles inmediatos, y cada vez se hará más alejada de los niveles centrales. Con la implantación de etapas de formación más cortas, el personal de salud requiere mayor supervisión, participación en el proceso administrativo general, en la planificación de la ejecución, en la autoevaluación y educación continua que le permita obtener los conocimientos en forma progresiva y permanente.

Con una supervisión así planteada, la participación de la comunidad indudablemente será más factible, y no será un control sino un instrumento para que la comunidad se "apropie" del conocimiento en salud que le fue sustraído.

Asimismo, la supervisión en los niveles centrales debiera ser menos individual y más orientada al análisis de los programas, al estudio de sus resultados en relación con los cambios producidos en la salud de las personas a las cuales sirven los programas, para plantear los cambios necesarios en las estrategias y sobre todo en la formación del recurso humano necesario.

Esto nos plantea que en el desarrollo de un sistema de adiestramiento en supervisión se requerirá poner en práctica ampliamente el sistema de

supervisión: los niveles de supervisión, el esquema o marco teórico dentro del cual queremos ejecutar la supervisión, las tareas y funciones que realizan los diferentes trabajadores del sector de la salud, de acuerdo con su nivel de actuación, la forma como queremos medir el resultado de las acciones de salud en la población dadas las posibilidades de desarrollo humano, integral, del supervisor y del supervisado. Así es como definimos el contenido del proceso de adiestramiento en supervisión. Mucho de lo que hemos escuchado para la educación continua se aplica para este proceso de adiestramiento.

Finalmente, es preciso recalcar que no nos referimos a un elemento nuevo o un sujeto específico llamado supervisor. No se trata de adiestrar supervisores; queremos adiestrar en supervisión a los diferentes miembros del equipo de salud. Existirán los supervisores más especializados, más orientados a la investigación de servicios de salud como base de la supervisión; pero todo el personal de salud en algún momento de su trabajo cumplirá tareas de supervisión y será supervisado.

Planteamos, en última instancia, que los países han de definir sus propios modelos de supervisión y la forma como desean adiestrar su personal en estas funciones. Para esto queremos trabajar en el enfoque metodológico y entregarle a los representantes de los países los instrumentos metodológicos para que logren el propio desarrollo de sus programas de adiestramiento.

El proceso de supervisión está íntimamente ligado a la educación continua, como base e instrumento que permita conocer las necesidades y problemas de los programas de salud y de sus trabajadores, para responder con un proceso activo de educación permanente que haga posible una readaptación constante, un progreso sostenido y una respuesta adecuada a las necesidades de salud de las poblaciones.

RESUMEN

Plantea el autor que en el campo de la salud, el adiestramiento en supervisión debe partir de un proceso de investigación. Ese enfoque haría posible la elaboración de un esquema de supervisión con una base científica, que proporcione orientación al proceso de educación para la formación del personal requerido.

Destaca que es preciso superar la imagen negativa del supervisor, que conspira contra la creatividad individual y atemoriza al supervisado.

La supervisión debe ir acompañada de una labor de asesoramiento y ofrecer la oportunidad al supervisado para que contribuya a la solución de los problemas.

Los principios básicos de la supervisión-educación propuesta son, en síntesis: la protección de la integridad del trabajador, el apoyo al talento del trabajador, la participación del supervisado en su evaluación, el evitar la amenaza, la inseguridad y el castigo como consecuencia de la supervisión.

Por último, propone que todo proceso de supervisión debe tener como respuesta un programa de educación continua.

BIBLIOGRAFIA

- Bloom, B. S. *Taxonomía de los objetivos educacionales*. Buenos Aires, El Ateneo, 1973.
- Gwynn, J. M. *Theory and Practice of Supervision*. Nueva York, Harper and Row, 1971.
- Lucio, W. H. y J. D. McNell. *Supervision: A Synthesis of Thought and Action*. Nueva York, McGraw Hill, 1962.
- Metzger, N. *Health Care Supervisor's Handbook*. Rockville, Md., Asper Systems Corporation, 1978.
- Mosher, R. L. y D. E. Purpel. *Nuevo enfoque de la supervisión*. Buenos Aires, El Ateneo, 1974.
- National Foremen's Institute. *The Supervisor's Workshop*. Waterford, Conn., 1975.
- Organización Panamericana de la Salud. *Educación continua*. Serie de Recursos Humanos No. 29. Washington, D.C.
- Sarubbi, M. Educación permanente. *La Educación*, Nos. 75-77. Washington, D.C., Organización de los Estados Americanos, 1977.

TRAINING IN SUPERVISION: AN ATTEMPT AT A THEORETICAL FRAMEWORK (Summary)

The author says that, in the health field, training in supervision should be based on research. This approach would make it possible to draw up a scheme for supervision with a scientific basis as a guide to the training of the required personnel.

He points out that the negative image of the supervisor as one who conspires against individual creativity and cowers the subordinate, has to be overcome.

Supervision must be accompanied by counseling, and give the subordinate an opportunity to contribute to the solutions of problems.

The basic principles of the proposed supervision for education are, summarily, safeguarding the integrity of the worker, support to his talent, participation of the

subordinate in his own evaluation, and the avoidance of threats, insecurity and punishment as a consequence of supervision.

Finally, he proposes that all supervision must have a continuing education program as a response.

TREINAMENTO EM SUPERVISÃO: ENSAIO DE ÂMBITO TEÓRICO

O autor sustenta que, no campo da saúde, o treinamento em supervisão deve partir de um processo de pesquisa. Esse critério possibilitaria a elaboração de um esquema de supervisão de bases científicas, que oriente o processo educacional para a formação do pessoal requerido.

Destaca a necessidade de superar a imagem negativa do supervisor, que conspira contra a criatividade individual e amedronta o supervisionado.

Deve a supervisão ser acompanhada de uma atividade assessora, e oferecer ao subordinado a oportunidade de contribuir para a solução dos problemas.

Em síntese, são princípios básicos da supervisão-educação: a proteção da integridade do trabalhador, o apoio ao talento do trabalhador, a participação do supervisionado em sua avaliação e a abstenção do uso da ameaça, da insegurança e do castigo como conseqüências da supervisão.

Finalmente, o autor propõe que todo o processo de supervisão deve ser respondido por um programa de educação continuada.

FORMATION EN MATIÈRE DE SUPERVISION: ESSAI DE CADRE THÉORIQUE (*Résumé*)

L'auteur soutient que, dans le domaine de la santé, la formation en matière de supervision doit partir d'un processus de recherche. Une telle optique permet l'élaboration d'un schéma de supervision sur une base scientifique, qui donne une orientation au processus d'éducation pour la formation du personnel nécessaire.

L'auteur souligne qu'il faut aller au-delà de l'image négative du superviseur, qui conspire contre la créativité individuelle et effraie le supervisé.

La supervision doit s'accompagner d'un travail d'évaluation et offrir la possibilité au supervisé de contribuer à la recherche de solutions aux problèmes.

Les principes fondamentaux de la supervision-éducation proposée sont, en synthèse: la protection de l'intégrité du travailleur, le soutien de son talent, la participation du supervisé à son évaluation, dans un climat qui évite la menace, l'insécurité et la punition qui caractérisent souvent la supervision.

Enfin, il déclare que tout processus de supervision doit avoir comme solution un programme d'éducation continue.

INFORME DEL COMITE DEL PROGRAMA DE LIBROS
DE TEXTO DE LA OPS PARA LA

Enseñanza de la medicina veterinaria

Del 26 al 30 de noviembre de 1979 se realizó en la Sede de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C., la Primera Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS para la Enseñanza de la Medicina Veterinaria, con la participación de los miembros abajo mencionados.¹

El Comité tuvo por objeto:

- Revisar el proceso de enseñanza-aprendizaje que se lleva a cabo en las escuelas de medicina veterinaria de la Región.
- Analizar los resultados de la encuesta sobre la enseñanza de la medicina veterinaria realizada con anterioridad a la reunión.
- Recomendar libros de texto necesarios en este campo, en orden prioritario, a fin de que sean considerados en el Programa.

Fue nombrado Presidente del Comité el Dr. Santiago Inostroza (Chile) y los Dres. Jorge Cárdenas (México) y Oscar Galvez (Guatemala) fueron nombrados Relatores.

¹Dres. Jorge Cárdenas, Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México, D.F., México; Jose Carneiro Viana, Escuela de Veterinaria, Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil; César Carvalho, Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad Central de Venezuela, Maracay, Venezuela; Oscar Galvez, Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Nacional Autónoma de San Carlos de Guatemala; Santiago Inostroza, Facultad de Medicina Veterinaria, Universidad de Chile, Santiago, Chile; Gonzalo Luque, Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia; Alejandro Murtagh, Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad de Buenos Aires, Argentina; Quiterio Núñez, Programa Académico de Ciencias Veterinarias, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú; Héctor Quirós, Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, UNAM, México, D.F., México; Fernando Varela de Carvalho, Facultad de Medicina Veterinaria, Universidad de São Paulo, Brasil. Por parte de la OPS participaron los Dres. Carlos A. Vidal, Jefe de la Unidad de Recursos Tecnológicos de la División de Recursos Humanos e Investigación; Pedro N. Acha, Jefe del Programa Especial de Salud Animal; Manuel Moro, Asesor Regional en Medicina Veterinaria, y el Sr. Richard Marks, Administrador del Programa de Libros de Texto.

CONSIDERACIONES GENERALES

Se presentó a los participantes el resultado de la encuesta mencionada, la cual fue contestada por 39 de las 93 escuelas de medicina veterinaria de América Latina.

Se encontró que existe una gran dispersión de la información impresa que se utiliza para la enseñanza de la medicina veterinaria. Los posibles compradores de libros que señalaron los cuestionarios de la encuesta permiten considerar un mercado potencial importante para el Programa de Libros de Texto.

En relación con las áreas de conocimiento consideradas como prioritarias, hubo una gran coincidencia de opiniones de parte de las diversas escuelas, lo que permitió orientar mejor las discusiones en la Reunión.

De acuerdo con las prioridades señaladas, se presentó un condensado de las mismas destacando los campos de patología, biología y zootecnia. En un segundo nivel se encontraron las materias de higiene y tecnología de los alimentos, nutrición animal, epidemiología y medicina preventiva, y reproducción y genética.

Las prioridades señaladas fueron consideradas por el Comité en función de la experiencia de cada uno de sus miembros, de su viabilidad como mercado potencial, de su apoyo al proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del médico veterinario, de su vinculación interdisciplinaria dentro de esta formación y en función de las experiencias en los otros campos del Programa de Libros de Texto (medicina, odontología, enfermería, etc.).

Se presentó al Comité un documento sobre la enseñanza de la medicina veterinaria en América Latina, en el que se resumen los informes de los Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Veterinaria efectuados en Kansas, Estados Unidos (1959); México, D.F., (1963); Lima, Perú (1967); Belo Horizonte, Brasil (1972) y Valdivia, Chile (1979), y que se consideran importantes para el mejoramiento y desarrollo de planes y programas de enseñanza en este campo en la América Latina. Se reconoció que, no obstante los avances logrados, siguen presentes algunos de los problemas que existen desde hace tiempo y que hay otros que han adquirido importancia en los últimos años. El documento hace consideraciones sobre el plan de estudios, formación de técnicos y auxiliares, educación continua y de posgrado, metodología educativa y recursos de documentación.

Los miembros del Comité presentaron exposiciones con información

actual sobre el tema, discutiendo ampliamente, a partir de las diferencias y coincidencias, para obtener criterios generales que pudieran ofrecer opciones beneficiosas dentro del Programa de Libros de Texto para la Enseñanza de la Medicina Veterinaria.

El Comité reiteró las siguientes consideraciones del III Seminario sobre Enseñanza de la Medicina Veterinaria celebrado en Valdivia, Chile:

“Considerando la función socioeconómica de la profesión veterinaria, surge como principio fundamental de la filosofía profesional la evidente labor que la misma desarrolla en beneficio del bienestar humano.

Para su cumplimiento, los objetivos del ejercicio profesional se enmarcan prioritariamente, desde los primeros albores profesionales, en el cuidado integral de la vida animal, en estado de salud o enfermedad, buscando siempre su mejor uso para el aprovechamiento por el hombre.

Ello obliga a definir en el quehacer profesional a la producción animal y sus derivaciones como el marco de referencia esencial dentro del cual deben considerarse funciones como la actividad médica en la prevención, cura y control de las enfermedades animales; la labor sanitaria en el cuidado del ambiente y de la transmisión de enfermedades interespecies, con especial atención a la humana; la función tecnológica en el control y producción de la industria alimentaria; la acción educadora para la transferencia de conocimientos en la búsqueda de los cambios sociales de actitud.

Todo ello está sustancialmente asociado a la búsqueda de la eficiencia económica de la producción animal, considerándola como recurso principal y renovable que sirve al hombre para su alimentación, industria y compañía”.

También se destacó, entre otras cosas, la necesidad de lograr la máxima eficiencia en el sistema educativo en medicina veterinaria y de analizar la persistencia de una gran deserción de alumnos de las escuelas de medicina veterinaria.

El Comité mostró su preocupación por que no se cuenta con el apoyo bibliográfico necesario en el proceso de enseñanza-aprendizaje y señaló que existen deficiencias en el proceso formativo de los docentes, tanto en los aspectos académicos como pedagógicos.

Indicó que es deficiente la aplicación de la metodología técnico-pedagógica en la ejecución de los planes de estudio, no existiendo un sistema adecuado de evaluación integral en la formación del médico veterinario.

Asimismo, el Comité consideró que es responsabilidad de las escuelas de medicina veterinaria actualizar a sus egresados y que es preciso institucionalizar la coordinación nacional e internacional de las escuelas de medicina veterinaria.

Por último, como no existen lineamientos básicos que racionalicen el

surgimiento de nuevas escuelas, se planteó la necesidad de establecer requisitos mínimos para su creación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Comité consideró que la formación del personal técnico y auxiliar en medicina veterinaria que actualmente se realiza fuera de las universidades en la mayoría de los casos, debe ser objeto de atención por parte de las escuelas de medicina veterinaria, con el fin de apoyar dichos esfuerzos y coordinar mejor su utilización por parte de los profesioanles en sus diferentes campos de acción y de acuerdo con los sistemas educativos vigentes en cada país.

Currículo y metodología educativa

El Comité opinó que se debe formar un tipo de profesional médico veterinario de acuerdo con las necesidades de los países, como agente de cambio en la producción animal, en la salud animal y en la salud pública. Debe hacerse un estudio teniendo en cuenta la ampliación continua del espectro de la actividad profesional provocada por los adelantos científicos y sociales.

El currículo, mecanismo básico del proceso educativo en la formación de recursos humanos, debe responder a la realidad de cada país y tener un fundamento científico y metodológicamente diseñado.

Debe aplicarse una metodología de la enseñanza que haga posible una docencia integradora, con realización de prácticas directas por los estudiantes que lleven al profesor a utilizar todos los recursos didácticos posibles en el mejoramiento del proceso de enseñanza-aprendizaje, y limitando el número de alumnos de manera que sea posible aprovechar la acción pedagógica.

Asimismo, se deberá aprovechar el tiempo y el contenido curricular mediante sistemas que permitan el máximo desarrollo de la capacidad creativa en el alumno.

En el proceso de aprendizaje la información memorística no se debe sobrecargar más de lo necesario, pues resulta poco productiva desde el punto de vista de la adquisición de conocimientos, y se vuelve obsoleta en poco tiempo.

Cada facultad deberá establecer las bases de la carrera docente para la

formación de su personal académico, de acuerdo con las características del currículo respectivo.

La aplicación de una docencia integradora, con prácticas directas por los estudiantes, permitirá utilizar todos los recursos, particularmente los medios audiovisuales, las bibliotecas y las visitas de observación, seguidas de prácticas que permitan el desarrollo de las destrezas y habilidades necesarias.

Es preciso mejorar las facilidades existentes en las escuelas y otras instituciones públicas y privadas, especialmente las instalaciones de producción e investigación animal, buscando armonizar las actividades de enseñanza, producción e investigación.

Educación continua y formación de posgrado

La educación continua y la formación de posgrado son aspectos importantes en la enseñanza de la medicina veterinaria; sin embargo, es necesario distinguir entre las actividades de actualización y especialización y los cursos de posgrado conducentes a la obtención de títulos académicos.

El Comité recomendó a las Escuelas que no ofrecieran cursos de posgrado conducentes a títulos académicos hasta que no contaran con personal docente calificado, la infraestructura y los recursos necesarios para asegurar la excelencia académica que se espera de los estudios formales de posgrado.

Por otra parte, recomendó que las escuelas de medicina veterinaria den a conocer los programas de posgrado que ofrecen y propicien el otorgamiento de becas, tanto de parte del gobierno como de los organismos internacionales.

Recursos de documentación

La etapa informativa del conocimiento adquirido mediante el apoyo bibliográfico es fundamental para el aprendizaje del alumno por el alto costo de los libros y de las suscripciones a revistas, además de las limitaciones a causa de los idiomas que crean serias dificultades al alumno para tener acceso a material actualizado en cantidad suficiente. El Comité recomendó que las escuelas mismas y por medio de las asociaciones y la federación que las agrupa, soliciten y propongan a la OPS el desarrollo del Programa de Libros de Texto para la Enseñanza de la Medicina Veterinaria, incluyendo la impresión, traducción y producción de material

bibliográfico de nivel adecuado y en número suficiente para cubrir las necesidades de los estudios de las diversas disciplinas en las distintas áreas de la carrera.

Recomendó asimismo que se incluya dentro del Programa de la OPS el material didáctico y bibliográfico que han desarrollado muchas escuelas y facultades.

RECOMENDACIONES SOBRE LIBROS DE TEXTO Y OTROS MATERIALES DE INSTRUCCION

De acuerdo con las áreas prioritarias de conocimiento, los textos siguientes fueron recomendados por el Comité:

FISIOLOGIA-BIOQUIMICA

- *Fisiología de los animales domésticos*—H. H. Dukes. México, Editorial Aguilar, 1977 (traducción de la 8ª edición en inglés, Comstock Publishing, Ithaca, Nueva York).
- *Fisiología de los animales domésticos*—E. Kolb. Zaragoza, Editorial Acribia, 1974 (traducción de la 3ª edición en alemán).

CLINICA

- *Tratado de diagnóstico clínico de las enfermedades de los animales domésticos*—Marek y Micksy. Barcelona, Editorial Labor, 1963 (traducción de la 6ª edición en alemán).
- *Medicina veterinaria*—D.C. Blood y J. A. Henderson. México, Editorial Interamericana, 1976 (traducción de la 4ª edición en inglés, Lea and Febiger, Philadelphia).

PATOLOGIA

- *Patología veterinaria*—H. A. Smith y T. C. Jones. México, UTEHA, 1962 (traducción de la edición en inglés, Lea and Febiger, Philadelphia).
- *Principios de patología veterinaria*. R. A. Runnel *et al.* México, Editora Continental, S.A., 1968 (traducción de la 7ª edición en inglés).
- *Patología de los animales domésticos*—K. V. Jubb y P. C. Kennedy. Barcelona, Editorial Labor, 1973. (2 vols.) (traducción de la edición en inglés, Nueva York, Academic Press).

MICROBIOLOGIA

- *Bacteriología y virología veterinarias*—I. A. Merchant y R. Barner. Zaragoza, Editorial Acribia, 1970 (traducción de la 7ª edición en inglés, Iowa State University Press).

- *Helminths, Arthropods and Protozoa of Domesticated Animals*—E.J.L. Soulsby (ed.), 6ª edición. Philadelphia, Lea and Febiger, 1968.
- *Parasitología veterinaria*—G. Lapage. 3ª edición. México, Editora Continental, S.A., 1975.

SALUD PUBLICA VETERINARIA

- *Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales*—P. N. Acha y B. Szyfres. Washington, D.C., Publicación Científica de la OPS 354, 1977.

El Comité recomendó que se reimprima este libro a precio accesible a los estudiantes y que los autores, con el apoyo del Programa, consideren la ampliación del texto para incluir las nuevas zoonosis y las infecciones e intoxicaciones alimentarias de origen animal.

MORFOLOGIA

- *Anatomía de los animales domésticos*—J. A. Sisson y D. Grossman. México, Editorial Interamericana (última edición traducida al español).
- *Tratado de histología*—A. W. Ham. 7ª edición. México, Nueva Editorial Interamericana, 1975 (traducción de la edición en inglés, J. B. Lippincott, Co., Philadelphia).
- *Embriología médica*—J. Langman. 3ª edición. México, Nueva Editorial Interamericana (traducción de la edición en inglés, Williams and Wilkins, Baltimore).

REPRODUCCION

- *Reproducción y endocrinología veterinarias*—L. E. MacDonald (ed.) México, Editorial Interamericana, 1975 (traducción de la edición en inglés, Lea and Febiger, Philadelphia).
- *Reproducción in Domestic Animals*—H. H. Cole y P. T. Cupps (eds.). 3ª edición. Nueva York, Academic Press, 1977.
- *Obstetricia y ginecología veterinarias*—F. Benesch. Barcelona, Editorial Labor, 1963.

NUTRICION ANIMAL

- *Nutrición animal*—P. McDonald y R. A. Edwards. Editorial Librería Murguía, 1978 (traducción de la edición en inglés, Longman, Nueva York).
- *Nutrición animal aplicada*—E. W. Crampton y L. E. Harris. 1970 (traducción de la 2ª edición en inglés, W. H. Freeman, San Francisco).
- *Nutrición animal*—L. A. Maynard *et al.* México, UTEHA, 1965 (traducción de la edición en inglés, McGraw Hill, Nueva York).
- *Alimentación del ganado en América Latina*, 2ª edición J. de Alba. México, La Prensa Médica Mexicana, 1971.

FARMACOLOGIA Y TERAPEUTICA

- *Farmacología y terapéutica veterinaria*—L. Meyer Jones *et al.* México, UTEHA, 1969 (traducción de la edición en inglés, Iowa State University Press, Ames, Iowa).
- *Veterinary Applied Pharmacology and Therapeutics*—C. G. Brander y D. M. Pugh. 2ª edición, Londres, Bailliere Tindal, 1971.

GENETICA

- *Genética y mejoramiento del ganado*—J. F. Lasley. México, UTEHA (última edición en español).
- *Principios de genética*—E. J. Gardner (traducción de la edición en inglés, Wiley, Nueva York).
- *Genética y mejoramiento animal*—Johansson I. y J. Render. Zaragoza, Editorial Acriba, 1971.

HIGIENE Y TECNOLOGIA DE LOS ALIMENTOS

- *Inspección veterinaria de los alimentos*—G. Farchmin *et al.*, 1967 (traducción de la edición en alemán).

Como solo se recomendó un texto en esta área, el Comité recomendó que se recogieran opiniones al respecto entre las escuelas. De acuerdo con las recomendaciones de los especialistas, se recomendaría la inclusión del libro que se estime que mejor satisfaga las necesidades de los estudiantes, o bien la constitución de un grupo de trabajo que estudie la posibilidad de producir un texto que satisfaga dichas necesidades.

ZOOTECNIA GENERAL

No hubo uniformidad de criterios en relación con las obras existentes sobre este tema. Por lo tanto, dada la importancia de esta área del conocimiento, se solicitó que a la brevedad posible se constituyera un grupo de trabajo para que analice el proceso de enseñanza-aprendizaje en este campo y se encargue de seleccionar o producir un libro de texto u otro tipo de material de instrucción que dé apoyo a este campo.

En cuanto a otros materiales de instrucción, el Comité recomendó que se dé apoyo a la impresión y distribución de manuales ya existentes en las Escuelas de la Región, así como a la elaboración de aquellos que se puedan producir por grupos de especialistas en las diversas áreas.

Asimismo, recomendó que se convoque a un grupo que establezca los lineamientos para la elaboración, uso y evaluación de los recursos audiovisuales en el proceso de la enseñanza-aprendizaje de la medicina

veterinaria y que realice un estudio de las necesidad y recursos actuales en las escuelas latinoamericanas.

Considerando que dos números del *Bulletin of the World Health Organization*—Vol. 50 (Nos. 1-2), 1974 y Vol. 53 (Nos. 2-3), 1976—se dedicaron a la clasificación internacional de tumores en animales domésticos, y que existe una traducción al español del primero de ellos, el Comité recomendó la traducción del segundo volumen para su posterior inclusión en el Programa. Se acordó que una de las escuelas latinoamericanas apoyara y supervisara este trabajo.

El Comité aceptó la propuesta de la OPS de transformarse en un Comité permanente dentro del Programa de Libros de Texto de la OPS y continuar colaborando estrechamente con la Organización en el desarrollo de la formación en medicina veterinaria.

INFORME DEL COMITE DEL PROGRAMA DE LIBROS
DE TEXTO DE LA OPS PARA LA

Enseñanza de la psiquiatría y la salud mental

La Segunda Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS para la Enseñanza de la Psiquiatría y la Salud Mental se celebró en Washington, D.C., del 3 al 7 de diciembre de 1979, con la participación de los miembros abajo mencionados.¹

En esta reunión se analizaron de nuevo los conceptos fundamentales de la enseñanza de la psiquiatría y la salud mental teniendo en cuenta los adelantos más recientes en estas ciencias y las necesidades de los países, y se revisó el Programa de Libros de Texto de la OPS.

En las deliberaciones se tuvo presente el informe de la Primera Reunión (Washington, D.C., diciembre de 1973),² a cuyos conceptos sobre salud mental, integración, interdisciplinariedad y otros puntos afines el Comité se adhirió formalmente por considerarlos trascendentes y aún vigentes. Asimismo, sirvió de base para los debates el documento de referencia "La enseñanza de la salud mental a la luz de las prioridades en salud". Según se señala en ese documento, "en la actualidad, salud mental no solo no es sinónimo de la tradicional higiene mental ni de la clínica psiquiátrica, sino que implica un sentido mucho más amplio y abarcativo e incluye la problemática de la salud y enfermedad mental, su ecología, la

¹Miembros del Comité: Dres. Gonzalo Adis-Castro, Cátedra de Psiquiatría y Psicología, Universidad de Costa Rica; Mario Argandoña, Universidad Mayor de San Román, Cochabamba, Bolivia; Carlos Bambarén, Departamento de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú; Ellis D'Arrigo Busnello, Departamento de Psiquiatría, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil; Ramon Florenzano, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile; Luis Fernando Gaviria, Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle, Cali, Colombia; Mauricio Goldenberg, Centro de Salud Mental El Peñón, Caracas, Venezuela; Enrique Morales, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala; Eustachio Portella Nunes, Clínica de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil; Guillermo Vidal, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. La secretaría técnica de la reunión estuvo constituida por el Dr. Carlos A. Vidal, Jefe, Unidad de Recursos Tecnológicos, División de Recursos Humanos e Investigación; el Dr. René González, Unidad de Salud Mental, y el Sr. Richard Marks, Administrador del Programa de Libros de Texto.

²Véase *Educ Med Salud* 8(4), 1974.

utilización y evaluación de instituciones y su personal, el estudio de las necesidades de la comunidad y los recursos para satisfacerlas". El Comité también hizo suyos los conceptos contenidos en la presentación sobre tecnología educacional y proceso de enseñanza-aprendizaje³ del médico en general, aplicable, por supuesto, al psiquiatra en particular.

El Comité tomó nota de los resultados de una encuesta llevada a cabo por la OPS entre los departamentos de psiquiatría y salud mental de las universidades de América Latina.

La meta propuesta por la Asamblea Mundial de la Salud de "salud para todos en el año 2000" supone un cambio sustancial de las estructuras y funciones asistenciales y la preparación del personal correspondiente. Si se pretende extender la cobertura de los servicios de salud mental a toda la población, se impone de inmediato, entre otras cosas, la necesidad de revisar a fondo todo el complejo proceso de enseñanza-aprendizaje en las facultades de medicina y en otros centros universitarios y docentes, a fin de capacitar adecuadamente al personal que ha de tener a su cargo esta obra de tan vastos alcances sociales.

El Comité observó con satisfacción cómo el viejo modelo de atención psiquiátrica, propio de una época en que predominaba la asistencia en el manicomio y la individual-privada, va evolucionando gradualmente hacia un modelo preventivo de salud mental y de salud pública, tornándose así más evidentes las connotaciones socioculturales, económicas y ecológicas de la salud y la enfermedad. Eso no obsta para que se adviertan aún ciertas deficiencias en la formación del pregrado y del posgrado, de lo que se trata más adelante en este informe.

Hubo consenso en que el estudiante tendrá una participación activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje y trabajará tanto individualmente como en grupos, prestando servicios a los pacientes y a sus familiares así como a los miembros de la comunidad, manteniendo un estrecho contacto con la misma. Un criterio holístico, en el que se consideren varios ejes (biológicos, intelectual, social, psicológico, grado de incapacidad, etc.), orientará el enfoque nosológico y operativo frente a la patología mental. La formación se consolidará mediante el debate científico en seminarios y grupos de discusión, clases magistrales, revisiones bibliográficas y todos los instrumentos de la tecnología educativa moderna. Las tareas del estudiante serán supervisadas, como lo serán también las de los instructores y profesores.

³La presentación fue hecha por el Dr. Carlos A. Vidal, basándose en su artículo: "Aproximaciones a tecnología y salud". *Educ Med Salud* 11(3), 1977.

Dentro de este nuevo ordenamiento de la salud mental y de los correspondientes planes formativos, la investigación debe ocupar un lugar importante, y no ser, como hasta hoy, una actividad accesoria o privilegiada. En realidad, el estudiante debe atender, estudiar e investigar al mismo tiempo. Por lo demás, la investigación ha de seguir preferentemente estas cuatro direcciones:

- a) la sociocultural, dirigida al conocimiento de las características psicosociales y antropológicas de la población;
- b) la epidemiológica, dedicada al estudio de la distribución y de los factores determinantes de los trastornos mentales;
- c) la clínica, orientada a profundizar en el conocimiento de las características propias de las enfermedades en los países de la América Latina, y
- d) la operativa, que examina el funcionamiento de los servicios ofrecidos a la población, su rendimiento y utilización.

Esta forma de encarar el problema hace que los campos clínico, sociocultural y epidemiológico se crucen y fecunden mutuamente, fortaleciendo así la educación y la provisión de servicios y racionalizando su planificación.

ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRÍA Y LA SALUD MENTAL AL ESTUDIANTE DE MEDICINA

Gran parte de las cátedras y departamentos de psiquiatría siguen hoy día funcionando exclusivamente en instituciones de asilo. Por eso hay que tratar de que, dentro de lo posible, las tareas docentes se efectúen en los centros de atención general de salud. Con esto se lograría una mayor adecuación entre las necesidades de la comunidad y las respectivas prestaciones de servicios, un mejor aprovechamiento de los siempre magros recursos disponibles, así como una creciente eficacia en la formación del nuevo médico general. Dicho de otro modo, los médicos del futuro se formarán de acuerdo con las necesidades de la comunidad. No pueden ignorarse que por lo menos el 20% de la población requiere algún tipo de atención psiquiátrica. No es lícito, pues, que subsista el actual divorcio entre las facultades de medicina y los servicios asistenciales generales y, en particular, los de asistencia psiquiátrica y de salud mental. Unos y otros han de trabajar de consuno para asegurar la formación adecuada tanto de los profesionales como de los técnicos auxiliares de la salud mental. Esta convergencia docente-asistencial, lejos de limitar las actividades académicas, favorecerá su aplicación en el medio en que se imparten.

El propósito de la enseñanza de la psiquiatría y de la salud mental en el pregrado es enseñar lo fundamental de la relación médico-paciente, el reconocimiento de los principales cuadros clínicos y el manejo inmediato de los mismos. Igualmente procura señalar la importancia de las enfermedades mentales con base en su incidencia y prevalencia, y alertar al estudiante sobre los factores socioculturales y económicos que determinan y condicionan las enfermedades mentales. Además, la enseñanza debe proveer conocimientos y prácticas que permitan auspiciar el fomento de la salud mental, trabajando para ello con los recursos, programas e instituciones que ya existen en la comunidad.

La evaluación del resultado de la enseñanza-aprendizaje y de los servicios prestados en los tres niveles de atención—primario, secundario y terciario—debe hacerse en forma permanente. No ha de tomarse la evaluación como un recurso para enjuiciar personas y calificar destrezas sino como un mecanismo que permite perfeccionar los rendimientos, cualesquiera fueren estos.

Es especialmente recomendable que los programas de salud mental se integren de lleno en los servicios de salud ya existentes. Los programas y centros de salud mental aislados corren el grave riesgo de fracasar. El psiquiatra y el médico en general no deben trabajar solos si pretenden que su obra trascienda clínica y socialmente. De ahí la conveniencia de que el estudiante de medicina, después de adquirir experiencia en la comunidad, pase por un hospital general, concurriendo a servicios de distintas especialidades para proceder a la evacuación de interconsultas y promover de algún modo la salud mental, tanto entre los pacientes como a nivel del personal profesional, técnico y auxiliar.

No basta con colocar al estudiante dentro de la comunidad ni relacionarlo simplemente con médicos ya formados. La experiencia clínica, el contacto directo con el paciente y su familia, constituyen los grandes instrumentos del aprendizaje. Se debe respaldar constantemente al estudiante con los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para que su tarea resulte científica y a la par humanística. En este trabajo comunitario ha de prestarse atención preferente a los portavoces naturales de la comunidad (maestros, líderes cívicos, curanderos, etc.), que son los que están más al tanto de los problemas prioritarios de la comunidad, definidos por ella misma, los cuales no necesariamente tienen por qué coincidir con los criterios de patología usados por el especialista en salud mental. También el estudiante ha de acostumbrarse a delegar funciones en personas vinculadas de algún modo a la salud mental, a utilizar a otros profesionales como agentes multiplicadores de diversas acciones preventivas y terapéu-

ticas, y a promover y apoyar la labor de los técnicos medios en este campo cuando y donde convenga.

Al planificar la enseñanza de la salud mental en la Región hay que recordar la estructura demográfica de América Latina, en donde más del 50% de la población tiene menos de 15 años. Es decir, que buena parte del adiestramiento en salud mental ha de orientarse a la atención de las necesidades de ese grupo y por lo tanto ha de hacerse en los centros maternoinfantiles ya en funcionamiento, donde el estudiante puede colaborar fácilmente en valiosas medidas preventivas. Por lo demás, habrá que tener en cuenta las prioridades de cada país, que pueden ser, entre otras, el control del alcoholismo, la patología cerebral orgánica, los problemas de la vejez o los derivados de la farmacodependencia.

En resumen, el Comité estimó que la enseñanza de la salud mental en el pregrado necesitaba un cambio de enfoque. Señaló que no se trataba de una cuestión relativa al número de horas de información teórica que se entrega al estudiante o de ejercicios académicos alejados de la realidad, sino de un asunto referente al lugar en que ha de tener lugar la capacitación, o sea que es preciso darle a la enseñanza una orientación hacia la comunidad e integrarla en los servicios de atención médica.

ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRÍA Y LA SALUD MENTAL EN EL POSGRADO

El Comité se ocupó fundamentalmente de los programas de formación de especialistas en salud mental, en particular de los psiquiatras, pero también consideró otras actividades docentes, tales como los cursillos de actualización y los programas de educación continua. Consideró que en estos últimos no solo deberían participar los psiquiatras, sino también los médicos generales, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, antropólogos y otros profesionales interesados en la salud mental.

No fue fácil para el Comité determinar cuánto ha de durar una residencia psiquiátrica en los países de América Latina. En la mayor parte de estos países es de dos o más años, pero no se puede establecer una pauta rígida dada la escasez de especialistas y la gran demanda de personal capacitado en casi todos ellos. Cuando las circunstancias locales lo exijan, podrá reemplazarse la residencia prolongada por un adiestramiento más breve. Por otra parte, la demanda de servicios puede satisfacerse, en gran

medida, mediante la capacitación de técnicos, auxiliares y agentes de la comunidad a través de cursos breves, programas de adiestramiento en el servicio y otros medios de capacitación.

Lo fundamental es que los futuros especialistas en salud mental trabajen en la comunidad, en el hospital general y en el hospital psiquiátrico. Hoy en día no puede concebirse que haya expertos en psiquiatría y salud mental cuya preparación y ejercicio ulterior se haya restringido al recinto del manicomio y al ámbito de las cátedras que habitualmente tienen su sede dentro de él.

La enseñanza académica debe ir acompañada de una buena formación clínica, y ésta, a su vez, de la experiencia en la comunidad y de la capacitación para la investigación epidemiológica, clínica, sociocultural y operativa. Como en el caso del pregrado, a este nivel también se impone la necesidad de una supervisión adecuada, a la que habrá que agregar la evaluación recíproca de docentes y alumnos.

El Comité creyó conveniente destacar que entre las condiciones personales especiales que el psiquiatra debe reunir para ejercer su profesión de manera adecuada está el poseer un buen grado de madurez emocional y capacidad de comprensión, habilidad para la coordinación de grupos y un sincero interés por los problemas del prójimo. Asimismo, tiene que ser un experto en el conocimiento, manejo y tratamiento de los problemas mentales básicos de adultos, personas de edad y especialmente de niños y adolescentes. Igualmente debe poder identificar y manejar los problemas psicosociales de la familia y la comunidad. Por otra parte, además del apoyo en cuanto a la asistencia en los niveles de atención primaria y secundaria a través de consultas y asesoramiento, le corresponden las tareas de mayor complejidad en asistencia, prevención y rehabilitación, así como funciones docentes y administrativas y de investigación.

Sería de gran ayuda que se estableciera un régimen fluido de intercambio entre centros de formación pertenecientes a diferentes países y, cuando las condiciones lo permitan, dentro del mismo país. El intercambio incluiría tanto a residentes como a profesores, y cada centro podría ofrecer a sus congéneres aquellos campos en los que esté sobresaliendo en ese momento, por ejemplo psicofarmacología, investigación epidemiológica, asistencia a la comunidad, etc. Este intercambio abarcará también toda clase de información y de materiales pedagógicos.

El Comité tomó nota de las facilidades ofrecidas por la OPS para el mejoramiento de las técnicas pedagógicas y subrayó la conveniencia de utilizar esos servicios en los diversos centros de enseñanza del Continente.

LA CAPACITACION DE OTRO PERSONAL DE SALUD

El Comité formuló las siguientes recomendaciones en relación con la formación de terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, enfermeras, fonoaudiólogos, psicopedagogos, parteras y técnicos medios.

1. Reforzar el contenido curricular en salud mental de los actuales programas de formación de enfermeras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y demás personal de salud mencionado arriba.

2. Crear nuevas escuelas para estos tipos de profesionales con el propósito de atender la creciente demanda de servicios en América Latina. Los nuevos programas de enseñanza debieran incorporar desde el principio contenidos y prácticas referentes a la salud mental.

3. Ofrecer a estos trabajadores cursillos de perfeccionamiento y capacitación en los servicios de salud mental de la comunidad.

4. Lograr que todo el personal que trabaja con pacientes mentales oriente su actividad a una verdadera rehabilitación social, facilitando la readaptación del enfermo a su medio. En el caso concreto de los terapeutas ocupacionales, esto significa que su formación debe capacitarlos para facilitar la completa rehabilitación del paciente y no simplemente para la práctica de la laborterapia convencional.

5. Por lo que hace a los auxiliares de salud mental, promotores de la comunidad o voluntarios, comadronas, curanderos y otros posibles agentes de salud, el Comité considera que se debe favorecer su participación en los programas de salud mental según las necesidades y las características socioculturales de cada lugar o región. Así, los trabajadores comunitarios de salud pueden encargarse—bajo supervisión adecuada—de la administración de psicofármacos en zonas desprotegidas donde no llegan médicos ni enfermeras. También se deben establecer vinculaciones con los curanderos, sobre todo en el cuidado de la población indígena. En términos generales, convendría que el experto en salud mental mantuviera una actitud científica frente a las formas que adopta la medicina tradicional en la América Latina.

EL TEXTO DE PSIQUIATRIA

En lo que atañe al Programa de Libros de Texto, el Comité consideró de urgente necesidad, tal como se había recomendado en la Primera Reunión, elaborar un libro de texto original para el pregrado, con el título de "Salud Mental para América Latina", escrito por varios autores expertos en los diversos campos de la especialidad.

Las tareas preparatorias y de organización estarían a cargo de un comi-

té *ad-hoc* que velaría porque la obra refleje las características regionales y tenga un sentido interdisciplinario.

En la redacción del libro colaboraría un especialista en tecnología educativa para asegurar su eficacia docente y su fácil utilización por parte de los estudiantes, profesionales correlacionados con la salud mental y el médico general. Se debe publicar una edición en español y otra en portugués.

El Comité solicitó a la OPS que asumiera, dentro de sus posibilidades, la responsabilidad de la composición, edición, distribución de la obra y del nombramiento del comité *ad-hoc*. Asimismo, urgió a la Organización que coordinara las actividades a la brevedad posible, con el fin de lograr que el nuevo libro de texto pueda ser utilizado en el curso de 1981.

Mientras no esté disponible este libro, el Comité reiteró la recomendación de la Primera Reunión sobre los siguientes libros para el nivel de pregrado:

- *Psiquiatría clínica moderna*, de Koyes y Kolb. México, D.F., La Prensa Médica Mexicana, 1966.
- *Compendio de psiquiatría*, de Freedman, A. *et al.* (traducción de *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry*). Baltimore, Williams and Wilkins, 1973.
- *Principios de psiquiatría preventiva*, de G. Caplan. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1966.

Además agregó el siguiente:

Enciclopedia de psiquiatría, de Vidal Bleichmar y Usandivaras. 2ª edición. Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1979.

Para el nivel de posgrado, además de los libros citados, el Comité recomendó el texto:

- *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, de Freedman, A. *et al.* Baltimore, Williams and Wilkins, 1975, que se está traduciendo al español.

El Comité estimó conveniente reiterar que el libro no es un factor decisivo en la transformación de la enseñanza de la salud mental. Esta cambiará solo en la medida en que los programas se desarrollen en la comunidad misma, en los centros de salud y en los hospitales generales.

OTRAS RECOMENDACIONES

Como es sabido no todos los países de América Latina se hallan en las mismas condiciones. Si bien es cierto que cuanto se ha dicho puede

aplicarse en términos generales a todos ellos, no es menos cierto que cada uno ha de procurar soluciones propias en el complejo proceso de mejorar el aprendizaje y la enseñanza de la salud mental en las universidades y otros centros de enseñanza. Es más, los países en desarrollo no deberían importar indiscriminadamente fórmulas procedentes de países más desarrollados sino estimular la autosuficiencia. Las acciones elegidas deben, pues, surgir directamente del cabal conocimiento de la realidad local y del adecuado aprovechamiento de los recursos disponibles, centrandose sobre ellos el esfuerzo y el ingenio necesarios para llevarlas a cabo.

Por otra parte, el Comité recomendó el intercambio de profesores, alumnos y docentes entre los diversos centros de formación de América Latina, así como la utilización de las facilidades ofrecidas por la OPS en el mejoramiento de los procesos de enseñanza-aprendizaje. Se recomendó también la preparación de un manual de psiquiatría y salud mental que tomara en cuenta las circunstancias prevalentes en América Latina y orientado a la aplicación práctica de conocimientos y habilidades en este campo por parte de los estudiantes de medicina, médicos y otro personal de salud, en los medios en que les corresponda actuar.

El Comité destacó que habría que buscar el camino más viable para que las autoridades universitarias y gubernamentales, los profesores y los estudiantes se den por enterados de estas ideas acerca de la salud mental y de la formación más adecuada de los estudiantes de las ciencias de la salud. Siempre será poco cuanto se haga en este sentido.

El Comité concluyó sus sesiones señalando la trascendencia del compromiso adquirido por los Gobiernos de asegurar la salud para todos en el año 2000 y subrayando la necesidad de incluir la salud mental como parte primordial de esa meta.

Reseñas

DIA MUNDIAL DE LA SALUD, 1981

El Día Mundial de la Salud se celebra todos los años el 7 de abril para conmemorar la entrada en vigor de la Constitución de la OMS en 1948. El lema escogido cada año permite centrar la celebración en un aspecto preciso de la salud pública. El lema de este año, SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000, es la principal meta social que se han fijado los 155 Estados Miembros de la OMS para los últimos decenios del presente siglo. Se espera que el Día Mundial de la Salud de este año constituya una ocasión para que en el ámbito público se profundicen aún más los aspectos nacionales e internacionales de ese movimiento, entre cuyos principios fundamentales figuran la responsabilidad de la comunidad respecto a su propia salud y una redistribución de los recursos que garantice el acceso a la asistencia indispensable, para las poblaciones que han padecido los efectos de la pobreza y el abandono durante siglos.



PODEMOS Y DEBEMOS TRIUNFAR

Mensaje del Dr. Halfdan Mahler
Director General de la Organización Mundial de la Salud

Solo quienes celebren el Día Mundial de la Salud en el año 2000 podrán juzgar si la generación precedente estaba constituida por gente realista o soñadora cuando, en 1977, decidieron en la Asamblea de la Salud de la OMS emprender el movimiento en favor de la Salud para Todos en el Año 2000. En aquel entonces pocos podían prever en qué medida esa decisión debía repercutir en todo el mundo. El hecho de que así haya ocurrido demuestra hasta qué punto fue oportuno aquel llamamiento orientado a implantar una revolución social en la comunidad de la salud. Las antiguas formas de abordar los problemas se habían revelado sumamente ineficaces en países que se encontraban en las más diversas etapas de desarrollo, y las desigualdades en la situación de salud como la distribución de los recursos en este campo eran intolerables en todo el mundo.

¿Qué es la salud para todos? En la Asamblea Mundial de la Salud se la definió como la meta que consiste en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo un grado de salud tal que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. En otros términos, ello significa, que el grado de salud de los individuos y las comunidades ha de permitirles tanto explotar su potencial de energía económica, como lograr una satisfacción social proveniente del aprovechamiento de todos sus talentos latentes en el orden intelectual, cultural y espiritual.

La salud para todos no significa que en el año 2000 los médicos y enfermeras deban proporcionar remedios para cuantos males afecten a los habitantes del mundo; tampoco quiere decir, por supuesto, que en esa fecha nadie padecerá los efectos de la enfermedad o de la invalidez. Significa, en realidad, que la salud comienza en el hogar, la escuela y la fábrica. Es allí donde vive y trabaja la gente, donde se cuida o se destruye la salud. Significa que las personas comprenderán que está en sus manos el poder de moldear sus vidas y las de sus familias, de modo que se liberen de la carga de las enfermedades, una vez persuadidas de que la mala salud no es inevitable. Significa también que las personas aplicarán mejores medios que en la actualidad para prevenir las afecciones, y también para aliviar las enfermedades y la invalidez inevitables, al mismo tiempo que descubrirán mejores maneras de vivir, de envejecer y de morir decentemente. Por último, significa que los recursos disponibles para la salud, cualesquiera que sean, estarán distribuidos de manera equitativa entre la población, y la atención de salud indispensable será accesible a *todos* los individuos y familias, de modo que les resulte aceptable, a su alcance y con su plena participación.

El comienzo del camino

En eso consiste la atención primaria de salud. En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que se celebró en Alma-Ata (URSS) en 1978, se publicó una Declaración en donde se afirma que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000. En la misma Conferencia se formuló un llamamiento para que se emprendieran en el plano internacional y en los países una acción urgente y eficaz, encaminada a mejorar y aplicar la atención primaria de salud en todo el mundo y en particular en los países en desarrollo, según un espíritu de cooperación técnica y en armonía con un nuevo orden económico internacional. Los Estados Miembros de la OMS no tardaron en responder al llamamiento, y en el presente elaboran sus estrategias a fin de alcanzar la salud para todos, por medio de un nuevo enfoque basado sobre la atención primaria. Lo hacen cada uno de ellos en forma individual, para sus propios países, y también colectivamente para asegurar así el apoyo regional y mundial a sus estrategias nacionales. Pero esto no es más que el comienzo del camino. Esas estrategias se convertirán en planes de acción que, a su vez, se llevarán a cabo de manera gradual en el curso de los dos próximos decenios. El foro supremo de las Naciones Unidas, la Asamblea General, ha acogido con satisfacción esos esfuerzos y ha exhortado a los demás sectores para que les presten su apoyo.

Todo ello constituye un excelente augurio para el desarrollo del movimiento nacional e internacional, encaminado a alcanzar la salud para todos. A pesar de la difícil situación que impera en muchos lugares del mundo y del inquietante clima económico, el compromiso político general de los gobiernos y el apoyo entusiasta de las poblaciones pueden hacer realidad esa propuesta. *Podemos* triunfar. *Debemos* triunfar. Si no lo lográramos, los niños de hoy, y los que aún no han nacido pero que constituirán más de una tercera parte de los habitantes del mundo en el año 2000, nunca nos lo perdonarán.

PARTICIPACION DE CADA CIUDADANO Y DE CADA COMUNIDAD

Mensaje del Dr. Héctor R. Acuña
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Hace más de diez años, los gobiernos de las Américas fijaron como meta para el decenio de 1970 la ampliación de la cobertura de la población mediante servicios de salud. Esa declaración resultó profética porque, en 1977, la Asamblea Mundial de la Salud resolvió que la principal meta social de sus Estados Miembros sería lograr que todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, consiguieran un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. En 1978 se decidió además que la clave para el logro de esta meta, actualmente conocida como Salud para Todos en el Año 2000, sería el acceso a servicios de atención primaria de salud mediante una cobertura total.

A raíz de esas decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró oficialmente que la salud era parte integrante del desarrollo social y económico. En la resolución correspondiente se destaca que la salud para todos constituye una meta no solo para el sector salud sino para todos los sectores. Su logro exige una voluntad política, la adopción de decisiones difíciles y la participación de cada ciudadano y de cada comunidad. Ello exigirá la revisión de los órdenes de prioridad y una redistribución de los recursos, tanto humanos como financieros.

En las Américas hay una gran diversidad de condiciones de salud y de medios para mejorarlas. En cierto sentido, cada país tiene su propia situación particular que afrontar y resolver. La Organización Panamericana de la Salud, a petición de sus Gobiernos Miembros, ha colaborado con estos en la formulación de estrategias que les permitan alcanzar sus metas nacionales de salud para todos. Un total de 24 países ya han establecido estrategias propias. La Organización ha concedido la máxima prioridad a la integración de esos componentes nacionales en estrategias regionales ajustadas a la realidad. Actualmente está preparándose un plan de acción para presentarlo en el curso del presente año a los Cuerpos Direc-

tivos de la Organización. Huelga decir que el plan se revisará adecuadamente conforme a la experiencia que vaya obteniéndose en los próximos años.

Faltan menos de dos decenios para el año 2000. La meta de salud para todos se presenta a las Américas en momentos de adversidad económica y de crecimiento demográfico ininterrumpido. Sin embargo, ya hubo otra ocasión en que se pudieron vencer dificultades de esa índole. En efecto, este continente fue el primero en erradicar la viruela y el espíritu que lo hizo posible persiste todavía, reforzado por el conocimiento de que ya se ha logrado abrir una brecha mediante programas destinados a grupos muy expuestos, en particular madres y niños, trabajadores y personas de edad.

Para algunos, la salud para todos quizá sea un lema propagandístico sin mayor importancia. Para las naciones de las Américas, individual y colectivamente por conducto de su Organización Panamericana de la Salud, es un llamamiento al sacrificio, la determinación, la innovación, la revisión de ideas, la autorresponsabilidad, el intercambio de experiencias y la cooperación, cuyos frutos encierran la promesa de dar a todos los pueblos del continente un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

Noticias

VIDEO-CASSETTES PARA ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD

El Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción de la OPS, como un esfuerzo más para dar apoyo a los países en sus actividades de formación en ciencias de la salud, ha preparado la versión en español de una serie de video-cassettes con el nombre de "Evaluación del Paciente: Historia y Examen Físico". Los cassettes estarán listos para ser adquiridos por las escuelas de medicina y enfermería, así como otras instituciones interesadas, a mediados de 1981.

Se trata de 19 cassettes en los que se exponen las técnicas que se deben emplear en las entrevistas preliminares con el paciente y en los exámenes médicos. Cada cassette cuesta EUA\$115, o sea que toda la serie se ofrece al precio de \$2,185. Los temas tratados son los siguientes:

1. Examen físico del adulto
2. Historia clínica
3. Observación de ademanes
4. Técnicas modificadas: el niño
5. Técnicas modificadas: el niño que no coopera
6. Técnicas del examen físico: IPPA
7. Entrevistas problema
8. Examen físico del niño de edad preescolar
9. Examen neuromuscular
Técnicas y procedimientos para el examen especial de:
10. Cabeza y cuello
11. Corazón
12. Glándulas mamarias en el hombre
13. Abdomen
14. Pulmones y tórax
15. Reflejos
16. Función sensorial
17. Genitales, ano y recto
18. Nervios craneanos
19. Sistema vascular periférico

También se está tramitando la traducción de otra serie de 36 cassettes, con el nombre de "Atención de Emergencia: Los Primeros 30 Minutos". Los cassettes, que vienen en tres volúmenes, proporcionan explicaciones clínicas y pormenorizadas de las técnicas necesarias para el diagnóstico y estabilización de enfermedades y traumatismos agudos.

Se espera que toda la serie (al precio de \$4,140) estará lista para fines de 1981. Los temas tratados son:

Volumen I

1. Presión venosa central
2. Neumotórax y hemotórax
3. Mantenimiento del paso del aire
4. Cetoacidosis diabética
5. Examen del ojo en emergencias
6. Intubación nasogástrica en las hemorragias gastrointestinales
7. Meningitis bacteriana
8. Tratamiento de urgencia de ataques convulsivos
9. Aneurisma de la aorta abdominal
10. Gases en la sangre arterial
11. Dislocaciones
12. Traumatismos del cuello

Volumen II

13. Retención urinaria
14. Crisis hipertensiva
15. Insuficiencia renal aguda
16. Artrocentesis y análisis del líquido sinovial
17. Choque anafiláctico
18. Traumatismos de la rodilla y el tobillo
19. Taquiarritmias
20. Hemorragia vaginal aguda
21. Tratamiento del ojo en sala de urgencia
22. Choque séptico
23. Reanimación cardiopulmonar avanzada
24. Embolismo pulmonar

Volumen III

25. Hemorragia rectal
26. Asma aguda
27. Coma
28. Dosis excesiva de drogas
29. Enfermedades venéreas
30. Traumatismos de la mano
31. Dolor lumbar agudo
32. Bradirritmia y hemibloque
33. Traumatismo abdominal
34. Infarto agudo de miocardio
35. Traumatismo de la cabeza
36. Epistaxis

Las instituciones interesadas pueden dirigirse a la Organización Panamericana de la Salud, atención: Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción, Washington, D.C.

CONGRESO MUNDIAL SOBRE INFORMATICA MEDICA

La Asociación Mexicana de Informática y la Sociedad Mexicana de Salud Pública, con el apoyo de la OMS, la OPS y la Asociación Internacional de Informática Médica, están organizando un Congreso Mundial sobre Informática Médica y los Países en Desarrollo que tendrá lugar en la Ciudad de México del 11 al 16 de octubre de 1981.

En el Congreso se analizarán las experiencias, los problemas y las perspectivas en los diferentes sectores de la informática que pueden ser de interés para los países en desarrollo. Asimismo, se presentarán los avances recientes de las aplicaciones de la informática en los servicios de salud. Se espera que de la reunión emanarán recomendaciones sobre la manera de utilizar la informática en mayor escala en las actividades médicas y en las ciencias de la salud en general.

Participarán en el evento representantes de los ministerios de salud, instituciones de seguridad social, de estadística, de planificación de la salud y de investigación, facultades de medicina, salud pública, odontología y administración de salud pública.

En los debates se tratarán, entre otros, los siguientes temas: políticas nacionales y regionales sobre informática en el sector de la salud, efecto de la tecnología de la computadora en los servicios médicos, técnicas para la evaluación, selección y adquisición de programas de sistemas, y necesidades de estadística para la planificación de los servicios de salud.

Los interesados pueden dirigirse a la Secretaría General del Congreso Mundial "La Informática Médica y los Países en Desarrollo", Plaza de la República No. 6, 3er piso, México 1, D.F., México.

PROGRAMA DE POSGRADO EN ADMINISTRACION DE SALUD EN COLOMBIA

La Facultad de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Javeriana, de Bogotá, Colombia, ofrece un programa de magister, especialización y cursos cortos en administración de salud a nivel de posgrado.

El propósito principal del programa es la formación del recurso humano responsable de la dirección y manejo de los sistemas, servicios y programas de salud y atención médica. Concretamente trata de:

- Mejorar en los alumnos la capacidad de análisis crítico y de toma de decisión relativa al manejo efectivo de instituciones y programas de servicios del sector salud.
- Preparar un profesional que utilice los conocimientos teóricos y habilidades metodológicas del proceso científico en el estudio de los problemas de manejo del sector salud, y que sea capaz de aplicar los resultados de la investigación a la formulación y ejecución de políticas y al diseño de planes y programas de salud.
- Promover en el estudiante, a través del trabajo práctico, la utilización de la investiga-

ción evaluativa, de la investigación operativa y de otras herramientas de análisis cuantitativo en la evaluación de programas y proyectos del sector salud.

- Capacitar al profesional directivo del sector salud en el estudio y adaptación de técnicas modernas de análisis y manejo en su interpretación y dirección de los procesos relacionados con las políticas, la planificación y la programación operativa de los sistemas de salud.
- Desarrollar una actitud interdisciplinaria en el estudio y solución de la problemática de la administración de salud.
- Formar el recurso docente en administración de salud que le dé continuidad y renovación permanente al proceso de la enseñanza.

El Magister en Administración de Salud pone énfasis en los aspectos de dirección de sistemas de salud y está destinado a ejecutivos, futuros gerentes o directores.

Es un programa de tiempo completo durante un año, dividido en semestres de 18 semanas cada uno. Consta de un currículo intensivo, con cursos básicos de administración y de un currículo de profundización, con cursos complementarios y trabajos de investigación.

Los cursos cortos (1-3 semanas) enseñan técnicas específicas de análisis o de decisión o pueden también involucrar la profundización de los temas del currículo básico.

El programa está dirigido a profesionales con título universitario que tengan interés en el conocimiento del sector salud y ocupen o aspiren a ocupar posiciones directivas o administrativas dentro del mismo. Los interesados pueden dirigirse a la Facultad de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Javeriana, Calle 66 No. 0-99, 4o piso, Bogotá, Colombia.

CURSO PARA BIBLIOTECARIOS BIOMEDICOS EN BIREME

La Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME) de la OPS, en São Paulo, Brasil, ofrece dos veces al año (del 20 de mayo al 30 de junio y del 16 de septiembre al 27 de octubre), un curso de perfeccionamiento para bibliotecarios biomédicos de centros de documentación y bibliotecas del campo de la salud en el Brasil o en otros países de la América Latina.

El objetivo del curso es:

- Capacitar bibliotecarios para que colaboren en el mejoramiento de las funciones que desempeñan las bibliotecas como participantes de una red de información, aprovechando al máximo los recursos existentes en cada región y facilitando las relaciones entre BIREME, los centros nacionales y las bibliotecas y los subcentros existentes en los países.
- Instar a los bibliotecarios a que atiendan adecuadamente las necesidades de los investigadores, educadores y profesionales de las ciencias de la salud.
- Familiarizar a los bibliotecarios con los problemas provocados por la creciente cantidad de información biomédica y con las soluciones que pueden darse a los problemas de almacenamiento y recuperación de esa información.

El curso, que tiene una duración de 210 horas, está organizado en tres "módulos": 1) sistemas de información (planificación, administración y funcionamiento), 2) literatura biomédica (fuentes de información y referencias), y 3) estudio de los usuarios.

La metodología utilizada comprende seminarios y discusiones de grupo, recursos audiovisuales y preparación de proyectos.

La coordinación del curso está a cargo del Dr. Aron Nowinsky y de la Bibliotecaria Luiza Maria R. Cepeda. Para más información, los interesados pueden dirigirse a BIREME, Rua Botucatu 862, Vila Clementino, 04023 São Paulo, Brasil.

TALLERES SOBRE CIENCIAS DE LA SALUD EN CANADA

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad McMaster, en Hamilton, Ontario, tiene una serie de programas docentes, que se llevan a cabo en diversas instituciones y en el marco de la comunidad, en los campos de enfermería, medicina, posgrado en medicina, ciencias médicas y educación continua para profesionales de la salud.

Los programas se distinguen por las siguientes características:

- Admisión de estudiantes con distintos tipos de antecedentes académicos.
- Selección de estudiantes basada tanto en las características personales como en los méritos académicos.
- Enseñanza basada en problemas clínicos.
- Sistema tutorial estructurado a base de la solución de los problemas del paciente en vez de conferencias didácticas.
- Currículo integrado con respecto a las disciplinas.
- Evaluación de los tutores, de los compañeros de programa, así como autoevaluación, en vez de exámenes.
- Énfasis en la facultad de resolver problemas y en el autoestudio.

El planteamiento anterior hace necesario el desarrollo de nuevos enfoques y recursos en el proceso de enseñanza-aprendizaje, en la evaluación y vigilancia de los programas y en la orientación de los docentes de los programas.

La Universidad ha organizado cinco talleres—para su propio personal docente y el de otras instituciones de enseñanza—que se ofrecen a la vez, precedidos de otro taller, como requisito previo, sobre introducción a la enseñanza basada en la solución de problemas.

Los temas de los talleres son: el papel del profesor en la enseñanza de un grupo pequeño, capacitación en la utilización de pacientes simulados, evaluación del rendimiento del alumno en un currículo basado en la solución de problemas, diseño y empleo de un sistema de tarjetas para el estudio de los problemas del paciente y enfoque que da la Universidad a la educación en la ciencia de la salud.

Los talleres se ofrecen dos veces al año; los próximos se realizarán del 19 al 23

de octubre de 1981. Los interesados pueden dirigirse al Workshop Coordinator, Room 3H8j, McMaster University, Health Sciences Center, 1200 Main St., W., Hamilton, Ontario, Canada L8N 3Z5.

BECAS DE INVESTIGACION A NIVEL DE POSGRADO EN MINNESOTA

El Laboratorio de Higiene Fisiológica de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minnesota está ofreciendo capacitación de posgrado en epidemiología de enfermedades cardiovasculares y en métodos de prevención de las enfermedades cardíacas. De vez en cuando existen también oportunidades para docentes de medicina o de ciencias del comportamiento, a nivel de instructor, investigador asociado o profesor auxiliar. Las disciplinas comprendidas en la capacitación y en las actividades de investigación del personal docente son medicina, cardiología, ciencias del comportamiento, fisiología, nutrición, estadística y epidemiología.

Los candidatos que no son ciudadanos de los Estados Unidos pueden solicitar apoyo financiero de sus respectivos gobiernos o del Fogarty International Center, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20205. La American Heart Association/Minnesota Affiliate dispone de una limitada cantidad para estipendios. Las solicitudes deben presentarse antes de octubre de 1981 para las becas que comenzarán en julio de 1982.

El Laboratorio ha sido designado por la OMS como un centro de capacitación en epidemiología cardiovascular.

Los interesados en obtener más información pueden dirigirse a: Henry Blackburn, M.D., Profesor y Director, Laboratory of Physiological Hygiene, School of Public Health, University of Minnesota, Stadium Gate 27, 611 Beacon St. S.E. Minneapolis, Minn. 55455.

SEMINARIO SOBRE LA SALUD PARA TODOS

El Instituto de Estudios del Desarrollo de la Universidad de Sussex, Inglaterra, está organizando un seminario sobre el tema: "La salud para todos: criterios, planificación y políticas", que tendrá lugar del 9 de noviembre al 11 de diciembre de 1981.

Durante el seminario se examinarán las diversas cuestiones que se plantean en la aplicación de la atención primaria de salud desde un punto de vista interdisciplinario y las relaciones entre los factores políticos, socioeconómicos y técnicos en juego. Asimismo, se discutirá la manera en que la atención primaria de salud difiere de otras estrategias aplicadas anteriormente en el campo de la salud.

Con base en la experiencia que los organizadores del seminario han tenido con la OMS y el UNICEF en relación con las investigaciones de los procesos nacionales de decisión en varios países para la utilización de la atención primaria, se analizarán las políticas adoptadas y la planificación de los programas de salud correspondientes. Se estudiarán asimismo las perspectivas futuras y las dificultades que podrían presentarse en la consecución de la salud para todos en los países de los participantes en el seminario.

Podrán asistir al evento trabajadores de diversas ramas del campo de la salud, planificadores, científicos sociales y personal de instituciones docentes.

Los interesados en obtener más información sobre el evento deben dirigirse al Assistant Secretary (Studies Programme), Institute of Development Studies, University of Sussex, Falmer, Brighton, Sussex BN1 9RE, England.

REUNIONES Y SEMINARIOS

Preparativos para desastres

En julio de 1981 se realizará en Ecuador un seminario para el personal a nivel de decisión en los países del área andina, sobre la formulación y aplicación de planes y programas nacionales de preparación para desastres naturales. El seminario tendrá una duración de seis días, a partir del 13 de julio.

Salud ocupacional

La Sociedad Canadiense de Educación para la Salud y la Heart Foundation de Manitoba están organizando una conferencia sobre condiciones físicas y de salud de los trabajadores que se realizará del 18 al 21 de septiembre de 1981. Los interesados podrán solicitar más detalles a la Canadian Health Education Society, Beverly Hicks, 340 Ninth St., Brandon, Canadá.

NOMBRAMIENTO

El General de Brigada Alejandro Medina Lois, que ocupaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Chile, ha sido designado Rector de la Universidad de Chile a partir de diciembre de 1980.

Libros

PUBLICACIONES DE LA OPS Y DE LA OMS¹

Salud para todos en el año 2000—Estrategias. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1980. 322 págs. y anexos. *Documento Oficial de la OPS 173.*

La Asamblea Mundial de la Salud decidió en 1977 que la principal meta social de los Gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud en los próximos decenios debe consistir en “alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”.

La Declaración de Alma-Ata, adoptada en 1978 por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, enfatizó que la “atención primaria es la clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 como parte del desarrollo general conforme al espíritu de la justicia social”.

Subsecuentemente, en 1979 la Asamblea Mundial de la Salud instó a los Estados Miembros a definir y poner en práctica estrategias nacionales, regionales y globales tendientes a alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

En la Región de las Américas, la III Reunión Especial de Ministros de Salud, al aprobar en 1972 el Plan Decenal de Salud para las Américas, 1971-1980, concluyó que la meta principal del mismo era el aumento de la esperanza de vida de la población. Se estableció como objetivo central la extensión de la cobertura con servicios a las poblaciones rurales y urbanas no atendidas o subatendidas, mediante la reorganización y expansión de los sistemas de servicios de salud, el aumento de su capacidad operativa y el desarrollo y utilización de tecnologías adecuadas a las condiciones de cada país, con el propósito de maximizar la eficacia y productividad de esos sistemas.

El Consejo Directivo de la OPS, al adoptar el Plan Decenal en 1972, convino en la necesidad de diseñar y poner en práctica un mecanismo que permitiera la evaluación sistemática del desarrollo del Plan en los niveles nacional y continental. En 1976, el Consejo Directivo, después de analizar los esfuerzos realizados por los Estados Miembros, señaló que la evaluación final del Plan debería realizarse en 1980.

¹Estas publicaciones se pueden adquirir al precio indicado, si se solicitan de la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana en Washington, D.C. En Sudamérica, pueden ser adquiridas a través de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de Salud de la OPS. Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

En 1977, la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, al examinar la experiencia recogida en el decenio, confirmó la necesidad y posibilidad de lograr el objetivo de extensión de cobertura, declarando que la atención primaria constituye la estrategia principal, dentro de un contexto intersectorial de desarrollo económico.

Teniendo en cuenta el compromiso de los Gobiernos de la Región de las Américas de llevar a la práctica la resolución de la Asamblea sobre la formulación de estrategias, el Consejo Directivo de la OPS aprobó en 1979 un plan de trabajo que articulaba en un solo proceso la evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas y la formulación de estrategias nacionales y regionales. Para facilitar su realización, se puso a disposición de las autoridades nacionales de salud la "Guía para la Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas" y el documento "Implicaciones para los Países de la Región de las Américas de la Meta Global de Salud para Todos en el Año 2000. Lineamientos para el Análisis y la Formulación de Estrategias Nacionales y Regionales". Asimismo se prestó la cooperación requerida por los países.

El citado plan de trabajo fue llevado a cabo por los Estados Miembros y por la Organización, y 24 Gobiernos formularon y presentaron en 1980 sus estrategias nacionales en relación a la meta de salud para todos en el año 2000. Estas estrategias nacionales constituyeron la base del Documento CD27/34.A: "Evolución del Sector Salud en el Decenio 1971-1980 y Estrategias para Alcanzar la Meta de Salud para Todos en el Año 2000", que fue aprobado por el Consejo Directivo de la OPS en 1980. El Consejo estableció un grupo especial de trabajo para preparar un documento complementario al Documento CD27/34.A en el que se resumen los comentarios, observaciones y planteamientos hechos por los Gobiernos Miembros durante los debates del tema en la Reunión del Consejo. El grupo de trabajo preparó un documento que además de resumir los aspectos más relevantes del Documento CD27/34.A consigna los aportes de los representantes de los Gobiernos Miembros. Asimismo, hace explícitas las relaciones del sector salud con los propósitos del Nuevo Orden Económico Internacional y la Nueva Estrategia Internacional para el Desarrollo, y estipula los objetivos y las metas regionales. También plantea el problema de cómo relacionar los condicionantes sociales y ambientales que constituyen factores de riesgo que afectan la salud de grupos prioritarios de población, con las actividades y los recursos sectoriales y extrasectoriales necesarios para su control. Define además un conjunto de indicadores mínimos que deberán constituir la base para el proceso de vigilancia y evaluación de las estrategias. Por último, detalla las implicaciones que la adopción de las estrategias regionales tendrá para los Gobiernos individualmente, para la cooperación entre los países, y para la OPS y la OMS.

En la presente publicación se incluyen el Documento CD27/34.A y su Documento Complementario, donde aparecen las estrategias regionales que constituyen el aporte de la Región de las Américas a las estrategias globales para alcanzar la meta mundial de salud para todos en el año 2000.

Salud animal en las Américas, 1980—Los animales en la vida del hombre. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1981. *Publicación Científica de la OPS 404* (ISBN 92 75 31404 7). 114 págs. Precio: EUA\$6.00.

En la publicación se incluye el informe final y los documentos de la I Reunión Interamericana de Salud Animal a Nivel Ministerial, que se celebró en Washington, D.C., del 14 al 17 de abril de 1980.

Durante la reunión se analizaron los programas y presupuestos de los Centros Panamericanos de Fiebre Aftosa y de Zoonosis, así como la situación del desarrollo y cumplimiento de las recomendaciones y metas de salud animal y salud pública veterinaria del Plan Decenal de Salud para las Américas, el programa de salud animal del Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas y la participación del Banco Interamericano de Desarrollo en los programas de salud animal. Se examinaron también informes sobre la vigilancia epidemiológica de las encefalitis equinas, de la rabia y de la fiebre aftosa y otras enfermedades vesiculares en las Américas, así como el informe de la Séptima Reunión Ordinaria de la Comisión Sudamericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa.

En un panel sobre los animales en la vida del hombre, se presentaron trabajos sobre: los animales y la sociedad, los animales y las zoonosis, la energía biológica y la alternativa planta-animal, animales para investigación médica y ensayo, e importancia de los animales en el desarrollo socioeconómico de los países.

(Se publica también en inglés: *Animal Health in the Americas, 1980 —Animals in Human Life*).

Metodología de evaluación de las escuelas/facultades de ciencias de la salud. Organización Panamericana de la Salud. División de Recursos Humanos e Investigación. *Serie de Recursos Humanos No. 32*. Washington, D.C., 1980. 165 págs. (Documento en offset).

En la Región de las Américas se está produciendo un gran desarrollo de la educación universitaria en general, y sobre todo de la educación en las ciencias de la salud. La enorme demanda de educación en salud ha dado lugar a la creación de centros de formación de profesionales de salud, pero la organización de esos centros no se hizo en coordinación con una verdadera planificación de recursos humanos para la salud, por lo que la Organización Panamericana de la Salud y la Federación Panamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina emprendieron la tarea de definir los principios y requisitos mínimos necesarios para la creación de escuelas de medicina.

El punto de partida lo constituyeron dos reuniones de carácter internacional: la Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en América Latina y el Caribe (OPS, *Publicación Científica 341*, 1977), celebrada en Caracas, Venezuela, en enero de 1976, y el Grupo de Trabajo sobre Requisitos Mínimos para la Creación de Escuelas de Medicina (OPS, *Educación Médica y Salud*, Vol. 3, No. 3, 1979), que se reunió en Salvador, Bahía, en diciembre de 1977.

Basándose en los informes finales de esas dos reuniones, se pensó en realizar

otras de carácter nacional, para lo cual era necesario contar con una evaluación de las escuelas/facultades existentes que permitiera definir los requisitos mínimos de cada país. Al tratar de llevar a cabo esa evaluación se tuvo conciencia de que faltaba un instrumento específico de evaluación que tuviese como base las características y necesidades de salud y educación de cada país de la Región, así como los principios y requisitos señalados por los representantes nacionales en las reuniones de Caracas y Bahía.

La División de Recursos Humanos e Investigación de la OPS preparó el presente documento en el que se propone una metodología que pueda utilizarse como punto de partida para evaluar las escuelas/facultades de ciencias de la salud y que, al mismo tiempo, sugiera las modificaciones necesarias para alcanzar los objetivos establecidos. Esas modificaciones se ajustan a determinados parámetros llamados "indicadores" que sirven de medida de comparación para determinar si la escuela/facultad, creada o por crear, cumple con los requisitos mínimos.

En la obra se analizan los siguientes temas: información general, producto final, estructura curricular, metodología del proceso enseñanza-aprendizaje, evaluación, recursos humanos para la docencia, integración docente-asistencial, estructura académica, administrativa y presupuesto. Consta además de un anexo sobre los parámetros para la integración de la docencia y el servicio, y de una bibliografía básica.

Esta publicación puede ser útil para los responsables de la organización de instituciones de formación de personal de salud.

Formación de personal de salud: Ejemplos de nuevos programas docentes, Vol. 2. Edición preparada por F. M. Katz y T. Fulöp. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1980. *Cuadernos de Salud Pública* No. 71. (ISBN 92 4 330071 7). 256 págs. Precio: Fr. s. 14. Publicado también en francés y en inglés.

La evolución de los conceptos acerca de la índole de la atención de salud y de los objetivos de la formación del personal correspondiente ha abierto los ojos a las deficiencias e incoherencias que se observan en muchos programas de enseñanza tradicionales. Por desgracia, los esfuerzos encaminados a remediar esa situación suelen tropezar con una dura resistencia por parte de las fuerzas tradicionales y de los intereses creados. Tanto más instructivas resultan, pues, las iniciativas tomadas en muchas partes diferentes del mundo encaminadas a reorganizar los programas actuales o a crear otros diferentes cuando se establecen nuevas instituciones docentes para personal de salud, de manera que esos programas respondan realmente a las necesidades de las poblaciones en materia de salud.

El presente volumen es una continuación de los ejemplos de nuevos programas docentes publicados en 1978 por la OMS (*Cuadernos de Salud Pública*, No. 70). Se trata de fomentar un desarrollo eficaz de los recursos de personal de salud en todo el mundo, presentando ejemplos de programas de formación renovadores, orientados a la preparación de personal de salud que pueda facilitar atención completa y adecuada a las necesidades de la comunidad. Todos los programas de formación descritos tienen carácter experimental, en cuanto que se apartan de la práctica habitual o tradicional, por el hecho de hacer mayor hincapié en la orientación hacia la comunidad o de estimular a los estudiantes (o ambas cosas a la vez) a

aprender mediante la solución de problemas más que aplicando el sistema tradicional de estudiar por separado las distintas materias.

Los estudios no pretenden ser evaluaciones de los programas descritos sino simples descripciones de las acciones emprendidas, los obstáculos surgidos y los resultados conseguidos. Tampoco se presentan los programas como modelo de lo que debería hacerse, puesto que lo que resulta apropiado en un lugar pocas veces es eficaz, cuando se imita simplemente, en otras partes.

Este segundo volumen presenta 13 ejemplos de una gran variedad de situaciones: la Escuela de Medicina de la Universidad de Newcastle, Nueva Gales del Sur (Australia); la formación de personal de dentistería en la Universidad del Valle, Cali (Colombia); la Escuela de Medicina de la Universidad de Kuopio (Finlandia); la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco (México); el Instituto de Medicina de la Universidad Tribhuvan (Nepal); el Colegio de Ciencias Afines de la Salud, Madang (Papua Nueva Guinea); el Instituto de Ciencias de la Salud de Tacloban (Filipinas); la Facultad de Medicina de la Universidad de Edimburgo (Escocia); la Facultad de Salud Pública de la Universidad Mahidol de Bangkok (Tailandia); la Escuela Nacional de Partería de Lomé (Togo); los Primer y Segundo Institutos Médicos de Moscú (URSS); la Escuela de Medicina de la Universidad de Aden (Yemen Democrático), y la Facultad de Medicina de Novi Sad (Yugoslavia).

Con la publicación de estos dos volúmenes, la OMS espera satisfacer las necesidades de las personas interesadas en informarse acerca de las innovaciones actuales en materia de formación de personal de salud, y estimular al mismo tiempo a las instituciones que con demasiada frecuencia aceptan sin espíritu crítico las prácticas ya consagradas por el uso.

Foro Mundial de la Salud.-Organización Mundial de la Salud, trimestral.

La Organización Mundial de la Salud ha lanzado una nueva revista internacional de desarrollo sanitario, de carácter trimestral: *Foro Mundial de la Salud*.

El *Foro* es único no solo por su contenido sino también por su distribución. Publicada en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso, esa revista, de 160 páginas, llegará a un público más amplio que el de ninguna otra publicación de salud en todo el mundo. Tratará de evitar el estilo árido y académico de tantas revistas científicas y técnicas y de ser útil para el lector atareado presentándole nuevas ideas en algunas de sus secciones tales como Primer Plano y Entrevista de Foro y facilitando información concisa y vívida en otras secciones como Resumen de un Libro, Selecciones de Foro y Salud 2000.

Otro aspecto fundamental de esa nueva revista consistirá en estimular el debate sobre temas muy controvertidos. El *Foro* aspira a ser una verdadera tribuna para el debate sobre la salud y el desarrollo en su sentido más amplio; su contenido será estimulante y tenderá a provocar la discusión y a suscitar nuevas ideas.

Así, en la sección "Mesa Redonda" de cada número, se invita a un destacado experto a exponer sus opiniones sobre un tema sujeto a controversia, y al mismo tiempo se pide a otros expertos de diferentes partes del mundo que formulen sus observaciones críticas sobre la base de sus distintas experiencias. La primera Mesa Redonda versó sobre el paludismo. M. A. Farid planteaba en su artículo la cuestión de los errores cometidos y de la razón por la que se cometieron. Y la misma OMS no salía muy bien parada. En la segunda Mesa Redonda se examinan las posibilidades del agente de salud primaria. David Werner pregunta si ese nuevo tipo de agente, del que dependen toda la credibilidad y el porvenir de la atención primaria de salud, seguirá siendo un subalterno de la clase médica o si desempeñará una función principal en el desarrollo (general y político), o sea, según las propias palabras de Werner, si será un lacayo o un libertador.

Además de la sección Foro de los Lectores, en la que los mismos lectores pueden participar en el debate, la Mesa Redonda ofrece a todos la oportunidad de expresar sus ideas por más contrapuestas que sean. En el Foro se cree firmemente en el principio de que el debate libre sólo puede ser beneficioso y de que en último término prevalecerán siempre las ideas y los argumentos mejores. Mediante el debate y la experiencia, el personal de salud aprenderá la mejor manera de hacer las cosas. El *Foro* es, pues, un experimento de autoasistencia y aprendizaje mutuo.

La nueva revista está destinada al personal de salud de todas las categorías, y a los economistas, sociólogos, educadores, responsables de las políticas generales y funcionarios gubernamentales. Como dice Alex Manuila, redactor jefe de *Foro*, será de interés para todos los que estén decididos a hacer algo para remediar la lamentable situación sanitaria de tantas personas en todo el mundo.

OTRAS PUBLICACIONES E INFORMES DE LA OMS SOBRE FORMACION DE PERSONAL DE SALUD²

*Teaching for better learning*³ es una guía para instructores de personal de atención primaria de salud, preparada por el Sr. F. R. Abbatt y publicada por la OMS con fondos de la Administración para el Desarrollo de Ultramar, del Gobierno del Reino Unido. Esta publicación responde a la necesidad urgente de material apropiado de enseñanza y aprendizaje con el fin de atender la demanda creciente de personal de salud auxiliar debidamente adiestrado, y está dirigida a los instructores de esa clase de personal.

Los instructores de personal auxiliar suelen ser personas que conocen a fondo la materia de su especialidad y poseen gran experiencia práctica en las activida-

²Información tomada de la *Crónica de la OMS*.

³Están en preparación las traducciones en árabe, español, francés y portugués.

des sobre el terreno. Pero muchos de ellos no están al corriente de los métodos modernos de enseñanza y les resulta difícil transmitir sus conocimientos a sus alumnos; esta guía se ha preparado con el fin de ayudarles en esta tarea. En ella se les enseña a:

- decidir exactamente qué es lo que deben aprender los alumnos;
- elegir y utilizar métodos de enseñanza adecuados;
- comprobar si los estudiantes pueden realizar las tareas para las cuales se les está adiestrando;
- preparar material y manuales para la enseñanza.

En su forma provisional, la guía fue ensayada en el terreno, de manera independiente, en varios países, y por el mismo autor en Kenya y Papua Nueva Guinea. Las observaciones recibidas como resultado de los numerosos ensayos efectuados se han incorporado en el manual. Además de las cuatro principales secciones que constituyen la guía, ésta comprende un útil glosario y un cuestionario que puede separarse del cuerpo de la publicación, y que se ruega a los usuarios que rellenen y devuelvan. Toda observación sincera y constructiva será de gran utilidad para la preparación de una nueva edición.

Puede obtenerse más información sobre ese manual, escribiendo al Dr. M. A. C. Dowling, Educational Communication Systems, Division of Health Manpower Development, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.

On being in charge: a guide for middle-level management in primary health care. 366 págs. Precio: Fr. s. 12. Esta guía está destinada a las escuelas de personal de salud (escuelas de medicina, escuelas de salud pública, escuelas de enfermería, escuelas de ayudantes de medicina, etc.) y a servir de documento de consulta para el personal de atención primaria de salud. El manual consta de cuatro partes: en la primera se describen el concepto básico y las funciones de gestión; la segunda trata del método del grupo de salud; en la tercera se hacen propuestas sobre la manera de administrar el equipo, los medicamentos, el dinero, el tiempo, los suministros y el trabajo burocrático; en la última parte se dan pautas al personal encargado de los servicios de atención primaria de salud para sus actividades administrativas cotidianas. Cada parte va seguida de ejercicios. El libro es el resultado del trabajo de un equipo constituido por ex funcionarios de la OMS y personal de la División de Formación del Personal de Salud, de la Sede de la OMS, y ha sido sufragado por el Gobierno de los Países Bajos.

Students learning from students: a guide to ways of using students in the instructional process, por F. R. Abbatt (documento no publicado de la OMS HMD/80.3). Esta publicación está destinada a profesores del personal de salud y contiene propuestas sobre la manera en que el personal docente puede alentar a los estudiantes, que constituyen un recurso muy poco utilizado, a desempeñar una función más plena en el equipo educativo. Resultará particularmente útil en zonas donde exista una gran escasez de personal docente, pero también será beneficioso para los estudiantes, puesto que les permitirá ejercitarse en el trabajo en equipo, adquirir capacidad para comunicarse, explicar y enseñar, y aprender a aplicar sus conocimientos a los problemas reales de la atención de la salud, características que son

imprescindibles para un personal eficiente de atención sanitaria. La versión actual del documento es provisional y se está distribuyendo (en francés y en inglés) por intermedio de las Oficinas Regionales de la OMS. Después de ponerla a prueba sobre el terreno se le dará forma definitiva, antes de proceder a su distribución general. Puede obtenerse más información al respecto de HMD/ECS, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.

Am I a good teacher—how can I be even better? A guide for teachers of health workers, por A. Rotem y C. Flood Page (documento no publicado WHO/EDUC/80.179), 32 págs. Este manual, destinado a profesores que desean mejorar su trabajo, señala diversas formas de descubrir sus virtudes y defectos como profesores, determinar prioridades en sus esfuerzos de perfeccionamiento y mejorar determinados aspectos de sus funciones. Se dan ejemplos de medios para proceder a una autoevaluación o una evaluación por colegas, y se hacen propuestas concretas sobre métodos para mejorar ciertas aptitudes. También se adjunta una lista de obras de consulta. Se pueden obtener ejemplares de este documento, que está actualmente siendo objeto de una evaluación crítica por profesores de muchos países, solicitándolos a HMD/EEV, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.

Continuing education of health personnel and its evaluation. Report on a technical discussion (EURO Reports and Studies N° 33), 42 págs. Precio: Fr. s. 4. En este informe se reúnen las opiniones manifestadas durante los debates técnicos celebrados en la 29ª reunión del Comité Regional para Europa. Durante esos debates 35 personas hicieron declaraciones, lo que refleja la creciente importancia que se atribuye a la educación permanente. Resulta evidente que el cambio de impresiones podía haber continuado durante mucho más tiempo que el asignado al tema. La presente reseña tiene por objeto reflejar los principales puntos planteados, señalar las líneas actuales de pensamiento y los progresos alcanzados, y evaluar algunas de las principales deficiencias en lo que respecta a organización, financiación, aceptación y evaluación de la educación permanente. Pueden obtenerse ejemplares del informe, dirigiéndose a la Oficina Regional de la OMS para Europa, 8, Scherfigsvej, 2100 Copenhague, Dinamarca, y a los agentes de venta habituales de la OMS.

INFORMACION A LOS AUTORES

Educación médica y salud gustosamente considerará para su publicación:

a) Artículos sobre educación y adiestramiento de personal para la salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos 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.

FORMULARIO DE SUSCRIPCION / SUBSCRIPTION FORM

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

Sírvanse suscribirme a / Please enter my subscription to

Educación médica y salud

POR UN AÑO For 1 Year US\$ 8.00
POR DOS AÑOS For 2 Years US\$15.00
POR TRES AÑOS For 3 Years US\$21.00

Acompaño al efecto el correspondiente cheque giro pagadero a: Oficina Sanitaria Panamericana

I enclose check money order payable to: Pan American Sanitary Bureau

NOMBRE / Name

DIRECCION / Address

CIUDAD / City

PAIS / Country

En caso de RENOVACION DE SUSCRIPCION, sírvase devolver la etiqueta del sobre en el que recibe *Educación médica y salud*.

In case of RENEWAL, please return the address label from the envelope in which you receive *Educación médica y salud*.



PUBLICACIONES CIENTIFICAS RECIENTES DE LA OPS

	Precio EUAS
No. 392 Tuberculosis: Detección de casos y quimioterapia, Preguntas y respuestas, por K. Toman. 1980 (En prensa.)	10.00
No. 391 Salud animal en las Américas. 1979. Documentos de la XII Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis. 1980 (144 págs.)	6.00
No. 391 Animal Health in the Americas, 1979. Proceedings of the XII Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control. 1980 (136 pp.)	6.00
No. 390 Estrategias para la extensión y mejoramiento de los servicios de abastecimiento de agua potable y disposición de excretas para el decenio de 1980. Discusiones Técnicas de la XXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS. 1979 (55 págs.)	3.00
No. 390 Strategies for Extending and Improving Potable Water Supply and Excreta Disposal Services during the Decade of the 1980s. Technical Discussions of the XXVI Meeting of the Directing Council of PAHO. 1979 (50 pp.)	3.00
No. 389 Criterios de salud ambiental No. 4—Oxidos de nitrógeno. 1979 (88 págs.)	5.00
No. 388 Criterios de salud ambiental No. 3—Plomo. 1979 (177 págs.)	8.00
No. 387 Criterios de salud ambiental No. 2—Difenilos y trifenilos clorados. 1979 (94 págs.)	6.00
No. 386 Inter-American Investigation of Mortality: A Household Sample. 1979 (150 pp.)	5.00
No. 385 Normas para la erradicación de la carencia de vitamina A y la xerofalmia. 1979 (73 págs.)	2.50
No. 384 Evaluación del programa nacional de fortificación de azúcar con vitamina A, por G. Arroyave, J. R. Aguilar, M. Flores y M. A. Guzmán. 1979 (89 págs.)	5.00
No. 384 Evaluation of Sugar Fortification with Vitamin A at the National Level, by G. Arroyave, J. R. Aguilar, M. Flores, and M. A. Guzmán. 1979 (87 pp.)	5.00
No. 383 Four Decades of Advances in Health in the Commonwealth Caribbean. 1979 (163 pp.)	3.00
No. 382 Criterios de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en los países en desarrollo. Vol. 2. B. M. Kleczkowski y R. Piboleau, eds. 1979 (166 págs.)	4.00
No. 381 Condiciones de salud del niño en las Américas. 1979 (238 págs.)	8.00
No. 380 Animal Disease Prevention in Developing Countries: Its Relationship to Health, Nutrition, and Development. 1979 (62 pp.)	4.00
No. 379 Criterios de planificación y diseño de instalaciones de atención de la salud en los países en desarrollo. Vol. 1. B. M. Kleczkowski y R. Piboleau, eds. 1979 (176 págs.)	4.00
No. 378 Genética craneofacial. C. F. Salinas, ed. 1979 (266 págs.)	10.00
No. 377 Técnicas de aislamiento para uso en hospitales. 1979 (103 págs.)	3.00
No. 376 Manual de normas y procedimientos para un programa integrado de control de la tuberculosis en América Latina. 1979 (238 págs.)	8.00
No. 375 Dengue in the Caribbean, 1977. 1979. (198 pp.)	8.00
No. 374 La comercialización de animales y sus productos y la salud animal—Documentos de la XI Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis. 1979 (198 págs.)	5.00
No. 374 Marketing of Animals and Their Products and Animal Health—Proceedings of the XI Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control. 1979 (186 pp.)	5.00
No. 373 Guide to the Chemotherapy of Malaria. 1979 (24 pp.)	1.00
No. 373 Orientações sobre quimioterapia da malária humana. 1979 (26 págs.)	1.00
No. 373 Orientaciones sobre quimioterapia de la malaria humana. 1979 (26 págs.)	1.00
No. 372 El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. 12ª ed. 1978 (436 págs.)	4.00
No. 371 Diseño de programas de vigilancia del aire para zonas urbanas e industriales. 1978 (68 págs.)	3.00
No. 370 Metodología para la planificación integral de departamentos de radiodiagnóstico, por A. Cordera. 1978 (240 págs.)	5.00
No. 369 Procedimientos simplificados para el examen de aguas—Manual de laboratorio. 1978 (145 págs.)	4.00
No. 368 Normas e instrucciones para la obtención de material cervicouterino, por M. Pontês Cunha. 1978 (18 págs.)	1.50
No. 367 Procedimientos para la investigación de enfermedades transmitidas por alimentos. 1978 (68 págs.)	2.00
No. 366 The Armadillo as an Experimental Model in Biomedical Research. 1978 (144 pp.)	10.00
No. 365 Psychosocial Determinants of Fertility and Contraception in Venezuela, by S. B. Kar and R. González-Cerrutti. 1978 (157 pp.)	3.00
No. 364 Health Conditions in the Americas, 1973–1976. 1978 (335 pp.)	5.00
No. 364 Las condiciones de salud en las Américas, 1973–1976. 1978 (339 págs.)	5.00
No. 363 Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. 1978 (16 págs.)	1.00
No. 362 Criterios de salud ambiental No. 1—Mercurio. 1978 (214 págs.)	4.00
No. 361 La salud del niño en los trópicos, 2ª ed. 1978 (214 págs.)	4.00
No. 360 Health Education. Addresses Presented at the IX International Conference on Health Education. 1978 (65 pp.)	1.50
No. 360 Educación para la salud. Discursos pronunciados en la IX Conferencia Internacional sobre Educación para la Salud. 1978 (73 págs.)	1.50
No. 359 Modern Medicine and Medical Anthropology in the United States-Mexico Border Population. B. Velimirovic, ed. 1978 (240 pp.)	10.00
No. 359 La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense. B. Velimirovic, ed. 1978 (242 págs.)	10.00
No. 358 Control de enfermedades de los animales en las Américas, 1977. Documentos de la X Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis. 1978. (174 págs.)	5.00
No. 358 Animal Disease Control in the Americas, 1977. Proceedings of the X Inter-American Meeting, at the Ministerial Level, on Foot-and-Mouth Disease and Zoonoses Control. 1978 (178 pp.)	5.00
No. 357 Radiology and Primary Care, by P.E.S. Palmer. 1978 (60 pp.)	3.50
No. 357 La radiología y la atención médica primaria, por P.E.S. Palmer. 1978 (63 págs.)	3.50
No. 356 Proceedings, IV International Conference on the Mycoses—The Black and White Yeasts. 1978 (343 pp.)	10.00
No. 355 Ventures in World Health—The Memoirs of Fred Lowe Soper. J. Duffy, ed. 1977. (379 pp.)	10.00
No. 355 Andanzas por el mundo de la salud—Memorias de Fred Lowe Soper. J. Duffy, ed. 1979 (403 págs.)	10.00
No. 354 Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales, por P. N. Acha y B. Szyfres. 1977 (726 págs.)	15.00
No. 354 Zoonoses and Communicable Diseases Common to Man and Animals, by P. N. Acha and B. Szyfres. 1980 (717 pp.)	15.00
No. 353 y 353-A Clasificación Internacional de Enfermedades—Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, Vols. 1 y 2, Novena revisión. 1978. (871 y 684 págs.)	30.00

Se pueden enviar pedidos directamente a la Oficina Sanitaria Panamericana, 525 Twenty-Third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, E.U.A. En Sudamérica, dirijase a: Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud, OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, hasta 1923 denominada Oficina Sanitaria Internacional, tuvo su origen en una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) que recomendó celebrar "una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas". Esta convención tuvo lugar en Washington, D.C., del 2 al 4 de diciembre de 1902 y estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana en 1924 y ratificado por los Gobiernos de las 21 repúblicas americanas, confirió funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina no fue modificado.

En virtud del acuerdo celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana asumió las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud es reconocida también como organismo especializado interamericano en el campo de salud pública con la más amplia autonomía en la realización de sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. En el cumplimiento de sus propósitos, la Oficina colabora con los Gobiernos Miembros en pro del desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salubridad, facilita los servicios de consultores, concede becas de estudio, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades de los países limítrofes en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadística de salud, y desempeña otras funciones afines.

GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS

Argentina
Bahamas
Barbados
Bolivia
Brasil
Canadá
Colombia

Costa Rica
Cuba
Chile
Ecuador
El Salvador
Estados Unidos
de América
Grenada

Guatemala
Guyana
Haití
Honduras
Jamaica
México
Nicaragua
Panamá

Paraguay
Perú
República Dominicana
Santa Lucía
Suriname
Trinidad y Tabago
Uruguay
Venezuela

GOBIERNOS PARTICIPANTES

Francia

Reino de los Países Bajos

Reino Unido

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Director
Dr. Héctor R. Acuña

Director Adjunto
Dr. S. Paul Ehrlich (h.)

Subdirector
Eusebio del Cid Peralta

OFICINAS DE AREA

Area I, Apartado 6722
Caracas, Venezuela

Area III, 7ª Ave. 12-23, Zona 9
Guatemala, Guatemala

Area V, Caixa Postal 04-0229
Brasília, D.F., Brasil

Area II, Apartado 105-34
México 5, D.F., México

Area IV, Casilla 2117
Lima, Perú

Area VI, Charcas 684, 4° piso
Buenos Aires, Argentina

Oficina de Campo 509 U.S. Court House
El Paso, Texas, E.U.A.

Caribe Coordinador de Programa en el Caribe
P.O. Box 508, Bridgetown, Barbados

OFICINA CENTRAL 525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

CONTENIDO

EL MEDICO GENERAL Y LOS SERVICIOS MEDICOS A LA COMUNIDAD
CAPACITACION DE ENCARGADAS DE COMUNIDAD

ADAPTACION DE LA MORFOLOGIA HUMANA A LAS NECESIDADES
DOCENTES DE LA FORMACION PROFESIONAL

INTERNATO DE SAÚDE PÚBLICA NA FACULDADE DE MEDICINA
DE BOTUCATU

LA NECESIDAD DE COLABORACION EFECTIVA ENTRE LA EDUCACION
MEDICA Y EL SERVICIO DE SALUD

ADIESTRAMIENTO EN SUPERVISION: ENSAYO DE MARCO TEORICO

INFORME DEL COMITE DEL PROGRAMA DE LIBROS DE TEXTO DE LA
OPS PARA LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA VETERINARIA

INFORME DEL COMITE DEL PROGRAMA DE LIBROS DE TEXTO DE LA OPS
PARA LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRIA Y LA SALUD MENTAL

DIA MUNDIAL DE LA SALUD, 1981

VIDEO-CASSETTES PARA ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONGRESO MUNDIAL SOBRE INFORMÁTICA MEDICA

PROGRAMA DE POSGRADO EN ADMINISTRACION DE SALUD EN COLOMBIA

CURSO PARA BIBLIOTECARIOS MEDICOS EN BIREME

TALLERES SOBRE CIENCIAS DE SALUD EN CANADA

BECAS DE INVESTIGACION A NIVEL DE POSGRADO EN MINNESOTA

SEMINARIO SOBRE LA SALUD PARA TODOS

REUNIONES Y SEMINARIOS

RESEÑAS DE LIBROS

