

# 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.

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 Organización Panamericana de la Salud incluyen la revista técnica mensual *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, que se publica desde 1922; el *Bulletin* en inglés, publicado trimestralmente, que contiene selecciones del *Boletín* en español; *Salud Panamericana*, revista trimestral ilustrada (español e

inglés); el *Informe Epidemiológico Semanal*, con información recibida de los Gobiernos y de la OMS sobre casos de enfermedades cuarentenables y transmisibles en las Américas y en el mundo, y la serie de publicaciones especiales (*Documentos Oficiales, Publicaciones Científicas y Otras Publicaciones*).

# Educación médica y salud

---

Volumen 12, Número 1  
1978

ii Nota editorial—*Miguel Márquez*

## Artículos

- 1 Marco conceptual de la educación médica en la América Latina:  
Primera Parte—*Jorge Andrade*
- 20 Incorporación del hospital en la tecnología moderna—*Michel  
Foucault*
- 36 Enseñanza de los aspectos integrales de la salud o aspectos médico-  
sociales: Historia y situación actual—*Carlos Quirós Salinas*
- 47 Planificación de la enseñanza de la pediatría en la comunidad—  
*Alfredo Hidalgo San Martín*
- 59 Inquérito sobre práctica médica: aplicações terapêuticas e implicações  
iatrogénicas—*Aguinaldo Gonçalves e Neusa Nunes da Silva e  
Gonçalves*

## Reseñas

- 73 Reunión sobre Políticas de Investigación en Salud en el Area II
- 80 Coloquio Internacional de Decanos de Medicina de Sudamérica

## Noticias

- 84 Especialidad en medicina social
- 85 Innovaciones en odontología
- 86 Curso de investigación en enfermería
- 87 Reunión sobre Enfermería Comunitaria y Atención Primaria de  
Salud

## Libros

- 88 Publicaciones de la OPS, 1977

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

# Nota editorial

*A partir del presente número, iniciamos la publicación del estudio realizado por el Dr. Jorge Andrade en 1975-1976 sobre el tema del epígrafe, considerando que el mismo constituye un valioso aporte para la mejor comprensión de la problemática educacional universitaria en el ámbito latinoamericano, especialmente en el campo de la salud.*

*Se incluye en este número el texto completo de la Primera Parte del trabajo.*

*En este estudio, el autor parte de las siguientes hipótesis fundamentales:*

- *El marco conceptual de la educación médica se encuentra en el centro de una intrincada red de relaciones y es la resultante de la interacción entre los diversos elementos que participan en la misma y entre los cuales los más importantes son: la estructura social y económica y la de la práctica médica en cada país; las relaciones internas del proceso de producción de médicos; la ideología prevalente a nivel profesional, y la estructura de poder internacional.*

- *La organización de los contenidos curriculares y la naturaleza de las experiencias educativas contribuyen a la configuración del marco conceptual de la educación médica, tanto más que la transmisión verbalizada de conceptos.*

- *La interacción que se establece entre la manera de relacionarse y trabajar los profesores y alumnos, por una parte, y el marco conceptual por la otra, varía, en última instancia, como consecuencia de cambios en la sociedad global.*

*Se desarrolla en el estudio un amplio y pormenorizado análisis de la educación médica latinoamericana y se explican en forma concreta las causas que motivan los desajustes educacionales, su significado, sus consecuencias y las controversias suscitadas en la aplicación de las medidas tomadas para la solución de los problemas. Se mantiene una estrecha correlación entre el análisis teórico y el empírico, y como hilo conductor, la crítica serena del autor para tratar de lograr el avance del conocimiento en base a planteamientos de carácter universal.*

*Deseamos dejar constancia de nuestro agradecimiento a la Sra. Ilse Castillo Vda. de Andrade, por haber permitido dar a conocer este estudio como homenaje póstumo a la memoria de su esposo de parte de los que fuimos sus compañeros de trabajo en la División de Recursos Humanos e Investigación de la Organización Panamericana de la Salud.*

Dr. Miguel Márquez  
División de Recursos Humanos e  
Investigación, OPS/OMS

# Marco conceptual de la educación médica en la América Latina

DR. JORGE ANDRADE<sup>1</sup>

*“Cuando la concepción del mundo no es crítica y coherente, sino ocasional y dispersa, se pertenece a una multiplicidad de hombres-masa y la personalidad propia está compuesta de raro modo”. A. Gramsci (En: La formación de los intelectuales. México, Editorial Grijalbo, S.A., 1967).*

---

---

## PRIMERA PARTE

### INTRODUCCION

Durante lo que va de siglo, la atención a la salud y la práctica de la medicina han permanecido en constante evolución en diversas partes del mundo.

Las razones que habitualmente se aducen para explicar los cambios a los cuales han estado sometidas las acciones de cuidado de la salud varían de una situación a otra. En algunos casos, el énfasis es puesto en los rápidos avances del conocimiento y la tecnología médica; en otros, son las expectativas crecientes de la población, producto de la democratización de la cultura, el fenómeno que se señala como más directamente responsable de la evolución de los sistemas de atención a la salud individual y colectiva.

Al analizar dicha evolución, sin embargo, en la mayoría de los países se constata que nunca se ha llegado a cubrir totalmente las exigencias y que siempre se mantiene un margen relativamente importante de expectativas no satisfechas.

Ha sido común culpar a los sistemas responsables de la formación de personal de salud de las limitaciones y deficiencias en la prestación de

---

<sup>1</sup>El Dr. Jorge Andrade falleció en agosto de 1976. Fue funcionario de la Organización Panamericana de la Salud y Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, su país natal.

los servicios y de las dificultades que estos últimos afrontan para responder a determinadas exigencias de cambio.

Tanto en la América Latina como en otras partes del mundo, ha habido en las últimas décadas una creciente preocupación por modificar los patrones tradicionales en la formación de personal de salud, particularmente de médicos, con la esperanza de capacitar profesionales capaces de superar los defectos del sistema en el cual trabajan y de proporcionar más y mejores servicios a la población. Esa preocupación se ha puesto de manifiesto tanto a nivel nacional como internacional. Los gobiernos, universidades, asociaciones profesionales y diversos organismos internacionales han promovido multitud de reuniones, seminarios, conferencias, etc., con el fin de discutir medidas tendientes a producir mejores profesionales de salud.

En la América Latina tal movimiento se inició en la década de 1950 y aún continúa. Como consecuencia del mismo, se han formulado numerosas recomendaciones, muchas de las cuales han sido puestas en práctica en mayor o menor medida.

En general, los resultados obtenidos con las reformas han sido limitados, y eso ha llevado a plantear interrogantes acerca de la validez de los supuestos que les han servido de base. Tal hecho ha estimulado la formulación de teorías y de modelos de análisis dirigidos a dilucidar algunos aspectos del problema y a facilitar su solución.

En 1971 propusimos la noción de "marco conceptual" del ejercicio de la medicina y adelantamos ciertas ideas acerca de sus implicaciones en el análisis y planificación de la educación médica (1). A partir de esa fecha, algunas de las nociones propuestas han sido extensamente utilizadas en la literatura sobre el tema. No obstante, hemos podido constatar una acentuada imprecisión y cierta variación en la interpretación que se da a la noción de "marco conceptual", seguramente como consecuencia del inadecuado desarrollo teórico inicial de la idea y de su escasa ilustración empírica.

A la luz de aportes teóricos y metodológicos para el estudio de la educación médica y de la atención a la salud posteriores a la aparición de nuestro trabajo, el presente estudio tiene como propósito principal lograr algunos avances en la formulación teórica de lo que hemos venido llamando "marco conceptual de la educación y de la práctica médica", en base a los cuales sea posible plantear hipótesis e intentar su verificación.

## FUNDAMENTACION TEORICA Y METODOLOGICA

Un curso planeado de acción, según Bunge (2), se inicia con la descripción del sistema sobre el cual se desea actuar y la elaboración de un modelo del mismo. Refiriéndose al uso de modelos en la ciencia, dicho autor señala:

“Antes se observaba, se clasificaba y se especulaba; ahora se agrega la construcción de sistemas hipotético-deductivos y se intenta contrastarlos empíricamente, incluso en psicología y sociología, fortalezas otro tiempo de la vaguedad. . . Empezamos a comprender que el fin de la investigación no es la acumulación de hechos sino su comprensión, y que esta solo se obtiene arriesgando y desarrollando hipótesis precisas”.

Si entendemos por uso de modelos la adopción de una determinada concepción de la realidad como guía para abordarla, será necesario admitir que tal práctica es tan antigua como el pensamiento sistemático. En efecto, es difícil imaginar cualquier análisis serio, aun del asunto más trivial, si no se parte de un determinado marco teórico que sirva para ordenar no solo las observaciones sino también su interpretación. Pero ha sido frecuente que dicho marco teórico permanezca implícito, bien sea porque quien lo utiliza no está plenamente consciente de su existencia, porque lo da por conocido y universalmente admitido o porque le interesa que pase desapercibido.

En educación médica, hasta ahora ha sido frecuente que tanto el análisis como la labor de concebir y poner en funcionamiento escuelas se realicen sin señalar explícitamente su fundamentación teórica, vale decir, el modelo de la realidad sobre el cual se sustentan. Es solo en fecha reciente cuando han venido a hacerse explícitos algunos de los supuestos que sirven de base a actividades de investigación y desarrollo en educación médica, no solo en la América Latina sino en todo el mundo. Más adelante se analiza en detalle este punto.

Antes de entrar a considerar algunos de los modelos utilizados en el análisis y desarrollo de la educación médica y a determinar la ubicación que con respecto a los mismos tendrá el presente trabajo, veremos cómo clasifica y define Bunge (2) los diversos tipos de modelo.

Dicho autor distingue dos tipos de modelo: el *objeto modelo* o modelo conceptual de una cosa, y el *modelo teórico*. Al referirse al primero dice:

“Puede darse el nombre de objeto modelo a cualquier representación esquemática de un objeto. . . la representación puede ser pictórica, como en el caso de un dibujo, o conceptual como en el caso de una fórmula matemá-

tica . . . la representación es siempre parcial y más o menos convencional. El objeto modelo perderá ciertos rasgos del referente, es propenso a incluir elementos imaginarios y solo aproximadamente recuperará las relaciones entre los aspectos que incorpora. En particular, se ignoran deliberadamente la mayor parte de las variaciones individuales y asimismo se desechan la mayoría de los detalles de los sucesos a los que esos individuos dan lugar”.

Y más adelante al hablar de los modelos teoréticos, señala:

“Un modelo teorético es un sistema hipotético-deductivo concerniente a un objeto modelo. . . . A fin de obtener un modelo teorético, el objeto modelo debe desarrollarse o encajarse en una estructura teorética. Al ser absorbido por una teoría, el objeto modelo hereda las peculiaridades de la última y, en particular, sus enunciados legales. . . . Un modelo teorético de un objeto concreto queda con seguridad corto respecto a la complejidad de su referente, pero en cualquier caso es mucho más rico que el mero objeto modelo que no es sino una lista de rasgos del objeto concreto”.

Así como es ilimitado el número posible de objetos modelo de un determinado referente, el número de modelos teoréticos que se puede construir a partir de un objeto modelo dado está limitado por el de teorías pertinentes disponibles o susceptibles de ser desarrolladas.

En general, se distinguen dos grupos de teorías: las fenomenológicas y las representacionales. Las *teorías fenomenológicas* tienden a evitar la especulación en torno a lo que sucede en los más íntimos recovecos de la realidad y dirigen su atención hacia el ajuste de datos con la sola ayuda de variables observables exclusivamente de modo directo. Son ejemplos de este tipo la teoría de la información, que ignora la clase y la estructura de los elementos implicados (transmisor, canal, etc.) así como el significado de los mensajes transmitidos, y la teoría del aprendizaje, en la psicología conductista, que evita cualquier referencia a mecanismos fisiológicos y, sobre todo, a estados mentales. Las *teorías representacionales*, por su parte, apuntan en la dirección de un creciente detalle y profundidad y se caracterizan por tener conceptos no observables (no perceptibles directamente por los sentidos) e hipótesis que pretenden penetrar los detalles de la estructura y los mecanismos internos del sistema al cual se refieren (2).

Tanto los objetos modelo como los modelos teoréticos, e igualmente las teorías científicas que se asocian a los últimos, a menudo han sido comparados con dispositivos en forma de cajas. De acuerdo con tal comparación, habría modelos y teorías de “caja negra” y de “caja traslúcida”.

“En una extremidad del espectro tenemos la caja negra provista solamente con terminales de entrada y salida... Sea un sistema cualquiera, una máquina u organismo, molécula o institución, y supongamos que nos proponemos describir y predecir su comportamiento sin ocuparnos por el momento de su composición interna ni de los procesos que puedan tener lugar en su interior. Se construirá entonces un modelo del tipo de caja negra, que constituirá una representación del funcionamiento global del sistema, tal como la idea que el niño se hace del coche, la radio o la televisión” (2).

A esta categoría de modelos pertenecen aquellos que en educación médica, al igual que en otros sistemas de enseñanza, sirven para determinar el rendimiento expresado como una relación entre lo que se admite (alumnos) y lo que se produce (graduados). De ellos dice Bunge (2):

“Un modelo tal, por así decir conductista, de un sistema satisfará las exigencias de la filosofía empirista (positivismo, pragmatismo, operacionismo, fenomenalismo), puesto que sin rebasar demasiado lo observable, permite condensar un gran número de datos empíricos y predecir la evolución del sistema. Pero no llegará a explicar su conducta y permanecerá bastante aislado del saber. Para obtener una explicación tal y establecer contactos con otras teorías y, con mayor razón, con otras disciplinas, será preciso desmontar el mecanismo. . . . Este desmontaje no es difícil en el caso de un reloj, pero, en general, trátase de la emisión de la luz o de la emisión del pensamiento, es tarea ciertamente difícil. La razón de ello reside en el hecho de que la mayor parte de los mecanismos responsables de las apariencias están ocultos. Entonces, en lugar de verlos, hay que imaginarlos”.

Cuando se hace un esfuerzo de imaginación y se postulan hipótesis para explicar los mecanismos ocultos—en otras palabras, cuando se empieza a mirar dentro de la caja—es posible construir modelos de caja traslúcida, los cuales podrán ser más o menos detallados y de mayor o menor precisión.

En educación médica, si bien es cierto que implícitamente ella ha estado fundamentada en alguna teoría o conjunto de teorías, el uso de modelos, además de reciente, se ha venido haciendo de manera tal que representa una evolución de formas muy sencillas—típicos modelos de caja negra—a otras cada vez más complejas.

Naturalmente, mientras los modelos utilizados solo se ocuparon de lo directamente observable, hubo poca o ninguna controversia en cuanto a la información que los mismos ayudaban a recabar y ordenar. En cambio, al intentar interpretar las causas y los mecanismos de producción de los fenómenos observados, o sea, al

intentar construir modelos de caja traslúcida, entran en juego teorías acerca de las cuales no siempre hay consenso.

En educación, uno de los aspectos cuya interpretación suscita mayor controversia es el relativo a los contenidos conceptuales fundamentales que se transmiten a través de cualquier sistema de enseñanza. Entendemos por contenidos conceptuales fundamentales el conjunto de nociones que se evidencian a través de la práctica del individuo en un campo determinado de su actividad, más o menos amplio, según se trate de educación general o de programas más específicos.

En el caso particular de la educación médica, el que los egresados tiendan a hacerse especialistas en lugar de médicos generales; el que dediquen más atención a los problemas de salud individual que a los de la colectividad y a las acciones curativas más que las de prevención; el que tiendan a desdeñar, en su práctica, los factores psicológicos y sociales que participan en la génesis de la enfermedad para dar mayor valor a los puramente biológicos, son hechos que han venido preocupando a los educadores médicos de todo el mundo desde hace varias décadas y que a nuestro juicio son expresión de lo que llamamos "marco conceptual de la práctica médica".

Frente a los hechos señalados, han surgido diversas propuestas de cambio que han llevado a poner en práctica programas educativos novedosos en cuanto a su contenido, metodología y organización, o en todos esos aspectos a la vez. Según comprobaremos a lo largo del presente estudio, los resultados alcanzados siempre han estado por debajo de las expectativas, y después de cada ensayo que fracasa o tiene solo un éxito parcial surgen nuevos intentos con renovadas esperanzas de acierto.

Pareciera que en la fundamentación teórica de las diversas propuestas de cambio hubiesen faltado algunos elementos fundamentales para la comprensión adecuada de los mecanismos envueltos en la génesis del problema que se desea resolver y que, como consecuencia, las soluciones propuestas no responden a las exigencias de la realidad o solo lo hacen de manera parcial.

De ser cierta la hipótesis precedente, estaríamos ante la necesidad de reformular toda nuestra concepción de la educación médica para tratar de penetrar más profundamente en los mecanismos responsables de que el producto de la misma presente determinadas características y no otras.

En un esfuerzo dirigido en tal sentido, en 1971 decíamos lo siguiente (1):

“Las personas pertenecientes a un determinado nivel ocupacional, por lo general desempeñan sus funciones de acuerdo con un marco conceptual, más o menos definido. Este marco, que muy raras veces se encuentra establecido de una manera explícita, por lo general es el resultado de una serie de influencias ambientales, entre ellas, las educacionales.

Por ejemplo, el médico que ejerce la medicina curativa, privada, organicista e individualista, actúa de acuerdo con un marco conceptual en el cual predomina el concepto de la enfermedad como accidente o episodio más o menos aislado y limitado: el del hombre como ser eminentemente biológico y el del ejercicio de la medicina como una actividad profesional de carácter liberal, en la cual la relación médico-paciente tiene un alto sentido de compra-venta de servicios. . . .

No resulta difícil identificar, en las características del plan de estudios y en el ambiente educacional a los cuales estuvo sometido el médico del ejemplo, aquellos conceptos que más tarde se encontrarán en el marco conceptual que rige el ejercicio de su profesión”.

Del análisis del trabajo se destacan dos nociones que merecen particular atención.

En primer lugar, se postula que en la configuración de la práctica profesional del médico intervienen factores ajenos al proceso educativo propiamente dicho. Esta noción, si bien conocida y generalmente admitida, debe ser considerada dentro del marco de una teoría más amplia, ya que con frecuencia se la olvida o se la relega a un plano muy secundario y se elude su análisis, posiblemente por estimar que no corresponde a las escuelas de medicina actuar sobre los factores que la misma implica. Tal actitud, que podría estar justificada desde el punto de vista operativo inmediato, resulta insostenible para abordar de manera científica el problema, a fin de acrecentar su conocimiento y comprensión.

En segundo lugar, sosteníamos que, dentro del proceso educativo propiamente dicho, existen elementos que también intervienen en la configuración de la práctica profesional. El término “marco conceptual”, utilizado por nosotros en dicho trabajo, puede ser referido, por una parte, a los contenidos conceptuales fundamentales vinculados a la práctica médica y, por la otra, a los contenidos conceptuales implícitos en el proceso de formación del médico, destacando la estrecha relación que existe entre ambos niveles.

De acuerdo con tal enfoque, será posible hablar entonces de *un marco conceptual o de contenidos conceptuales fundamentales implícitos en la práctica profesional* y de *un marco conceptual o de contenidos conceptuales fundamentales implícitos en el proceso de forma-*

*ción de médicos*, como dos entidades con identidad propia pero estrechamente vinculadas.

Tanto en uno como en otro caso, los conceptos han de ser tales que su enunciado permita, al menos, presumir sus implicaciones prácticas en el ejercicio y en la enseñanza de la medicina. En otras palabras, han de ser los conceptos definitorios de la profesión.

Lo que define fundamentalmente la medicina es su objeto, su propósito y sus agentes. El más ligero análisis permite concluir que todos estos elementos están históricamente determinados en cuanto que la manera de concebirlos ha variado a través del tiempo y de una a otra estructura socioeconómica.

En efecto, el *objeto de la medicina*—vale decir aquello sobre lo cual actúa—puede ser el hombre como ente individual, conjuntos de hombres que constituyen grupos sociales o comunidades, el medio ambiente o cualquier combinación de ellos. La acción de la medicina puede estar referida a individuos o comunidades enfermos que requieren alivio o curación, o a aquellos que estando sanos deben ser conservados en tal condición. Por último, el objeto de la medicina puede ser solo quien solicite sus servicios o, por el contrario, todos aquellos que los necesiten.

El *propósito de la medicina* puede ser conservar la salud, curar la enfermedad, aliviar el sufrimiento que esta última provoca o cualquier combinación de ellos. Por otra parte, cuando el proceso histórico de la división del trabajo hizo que la medicina se convirtiese en una actividad especializada, a los propósitos anteriores vino a sumarse el de producir bienes y subsistencia y otros beneficios para quienes la ejercen.

Los *agentes de la medicina*, aquellos que la practican, pueden ser y lo han sido a través de la historia, de los más variados tipos.

Por tanto, *la medicina, su objeto, su propósito y sus agentes constituyen los elementos centrales que integran el marco conceptual de la práctica médica, que han de estar presentes en cualquier proceso de formación de médicos, y que están sujetos a variación histórica.*

Los conceptos de agentes, objeto y propósito de la medicina se sustentan en otros de carácter más general, como son: el concepto de ser humano y de sociedad; los de división del trabajo y de relaciones de trabajo; los de salud y de enfermedad; los de prevención y curación, y los de servicio y retribución.

La naturaleza y las relaciones del marco conceptual de la práctica médica y de su expresión en la educación admiten interpretaciones

diferentes y, en cierto sentido, contrapuestas, según se considere al marco conceptual del proceso de formación profesional como un conjunto de ideas generadas por especulación y transmitidas verbalmente o como el resultado de una relación dialéctica entre la práctica y la teoría, que comienza y termina en la primera. El análisis de los hechos tal como suceden en la realidad concreta nos permitirá pronunciarnos en favor de una u otra interpretación. De cualquier modo, antes de intentar el desarrollo y la comprobación de nuestras propias hipótesis, debemos, desde el punto de vista metodológico, tratar de delinear, aunque sea a grandes rasgos, la teoría general de la educación médica dentro de la cual quedará inscrito el presente estudio.

Los enfoques teóricos más resaltantes y que mayor actividad han suscitado en el campo de la investigación y el desarrollo de la educación médica son: la teoría de la socialización ocupacional, la de relaciones humanas, el conductismo, la teoría general de sistemas y el enfoque estructuralista.

Merton (3) define la *socialización ocupacional* como:

“El proceso por el cual las personas adquieren, selectivamente, los valores y actitudes, el interés, las destrezas y conocimientos—en pocas palabras, la cultura—admitidos en los grupos a los cuales pertenecen o aspiran pertenecer”.

Todos los análisis sustentados en la noción de socialización ocupacional comparten algunos supuestos fundamentales. En primer lugar, conciben el comportamiento humano como resultado de la manera en que los individuos toman en cuenta lo que los demás esperan de ellos. En segundo lugar, hasta cierto punto como consecuencia de lo anterior, admiten la existencia de un “grupo de referencia” que, a través de sus expectativas y exigencias, impone normas a aquellos que, en alguna forma, desean identificarse con él.

Tales supuestos—que algunas investigaciones parecen confirmar—no van más allá del individuo y del grupo y no ofrecen explicación alguna en cuanto a las circunstancias que generan la “actitud” de uno y otro así como la aparente inexorabilidad de la acción del segundo sobre el primero (4). Por tanto, no ofrecen ningún arma a quien desee modificar, en un sentido u otro, el curso de los acontecimientos ni permiten prever los cambios que puedan producirse.

La *teoría de las relaciones humanas* aplicada a la educación médica, aparece claramente expresada en el siguiente párrafo de Ganzaraín *et al.* (5):

“El interés genuino por aprender es de naturaleza emocional, personal para cada individuo, y está poderosamente influido por las relaciones con los compañeros de aprendizaje, sean ellos profesores o condiscípulos. El temor y la inseguridad ante ellos pueden extinguir el interés, y de ahí que no sea aconsejable, en general, enseñar con la amenaza o el castigo o produciendo cierto grado considerable de angustia. Por el contrario, una atmósfera de confianza y de respeto por las diferencias individuales, más el sentimiento de una responsabilidad compartida, despiertan el interés por aprender. En suma, el proceso del aprendizaje está poderosamente influenciado por la relación humana”.

Esta teoría fue extensamente difundida en la América Latina durante la década de 1960 y sirvió de base para algunas experiencias limitadas.

Las *teorías conductistas del aprendizaje*, ampliamente utilizadas en los últimos años, sirven de base a la definición de objetivos educacionales y al desarrollo de buena parte de la llamada moderna tecnología educativa, particularmente la instrucción programada, pero eluden toda referencia a los mecanismos íntimos y sus logros son cuestionables en la llamada área afectiva.

Todos los enfoques mencionados hasta ahora adolecen, en mayor o menor medida, del defecto de que dirigen la atención del investigador o del educador hacia aspectos muy específicos y parciales del proceso de formación profesional. A pesar de ello, con frecuencia han llevado a proponer conclusiones diagnósticas y soluciones que pretenden tener alcance global del cual carecen por esencia. Por otra parte, al no estar enmarcados dentro de una teoría general del proceso de formación de médicos, dichos intentos han tenido y seguirán teniendo el peligro de llegar a interpretaciones distorsionadas de la realidad.

El problema que nos hemos planteado, o sea el dilucidar la existencia de conceptos fundamentales de la práctica médica implícitos en su enseñanza y determinar los mecanismos a través de los cuales se generan y actúan, no puede ser resuelto sino con el auxilio de teorías globales, entre las cuales se destacan la teoría general de sistemas y las teorías estructuralistas.

La *teoría general de sistemas* ha sido utilizada en el análisis de la educación médica en un esfuerzo por dar la necesaria unidad conceptual a la investigación, a sus hallazgos y a las recomendaciones que de ellas se desprenden. Si bien es cierto que numerosos trabajos en este campo han estado implícitamente sustentados en alguna de las modalidades de dicha teoría, ha sido solo en fecha reciente cuando Chaves (6)

presentó un modelo suficientemente desarrollado y explícito que intenta dar una visión global de la educación médica y sus problemas.

Buckley (7), al revisar los diversos modelos de sistemas sociales propuestos a través de la historia, distingue los mecánicos, los orgánicos y los procesales. Por ser pertinente a nuestro propósito, examinaremos los fundamentos de cada uno de ellos. De acuerdo con dicho autor, la "mecánica social", originada en el siglo XVII:

"concibió a la sociedad como un 'sistema astronómico' en el cual los seres humanos eran elementos unidos por la atracción mutua o separados por la repulsión; los grupos de sociedades o estados eran sistemas de oposiciones en equilibrio" (7).

Además, señala:

"Es día a día más evidente que los sistemas sociocultural y mecánico pertenecen a clases diversas, y cuentan con principios de organización y dinámicas bastante distintos".

El "modelo orgánico", por su parte, implica una analogía entre los entes sociales y los organismos biológicos individuales. Su uso fue iniciado por Spencer (8), quien sostenía que:

"Todas las clases de criaturas se parecen en tanto que cada una de ellas muestra cooperación entre sus componentes en beneficio del conjunto, y este rasgo, común a todas, es también un rasgo que las sociedades tienen en común. Por añadidura, entre los organismos individuales el grado de cooperación mide el grado de evolución, y esta verdad general es válida también entre los organismos sociales".

Si bien en dicho párrafo se destaca la cooperación creciente como una de las características de los entes sociales, no fue hasta más adelante cuando se diferenció este modelo orgánico, analógico del organismo individual y que recibe el nombre de "modelo de consenso", de otro, llamado comúnmente "modelo de conflicto" y que establece una analogía entre los entes sociales y las especies biológicas en las cuales las relaciones entre sus integrantes tienden a la "supervivencia del más apto".

Al respecto, Buckley sostiene lo siguiente:

"El funcionalismo contemporáneo en sociología representa la versión actual del modelo biológico. Pero mientras los darwinistas sociales, como se ha sugerido anteriormente, se inclinaron por el modelo filogenético para subrayar el tema de la lucha competitiva, los funcionalistas—que hoy hacen hincapié de manera característica en el 'orden', la cooperación y el consenso—utilizan el modelo organísmico como ejemplo supremo de la estrecha

cooperación de las partes que conservan una estructura relativamente fija, dentro de límites para la desviación muy reducidos”.

En el “modelo procesal”, según el mismo autor:

“se concibe a la sociedad como una interacción compleja, multifacética y fluida, de muy variables grados e intensidades de asociación y disociación. . . . Dicho en otros términos. . . las sociedades y los grupos modifican constantemente sus estructuras adaptándolas a las condiciones internas o externas. Por lo tanto, el proceso concentra la atención en los actos y las interacciones de los elementos integrantes de un sistema en desarrollo, de modo que diversos grados de estructuración de estos surgen, persisten, se disuelven o cambian”.

El llamado *enfoque estructuralista*, por su parte, ha estado más estrechamente vinculado al estudio de los fenómenos sociales, antropológicos y psicológicos y ha recurrido, en menor medida, al auxilio de analogías provenientes de otros campos. En realidad, las nociones de “sistema” y de “estructura”, consideradas fuera del contexto general de las respectivas teorías, parecieran corresponder por igual a la idea de conjunto o totalidad cualitativamente diferente de la mera suma de sus partes, siendo tal diferencia dada por las relaciones que se establecen entre dichas partes y que, en última instancia, son las que caracterizan al conjunto (9). Sin embargo, la distinción entre ambas nociones—sistema y estructura—se hace evidente al examinar con cuidado las premisas sobre las cuales se asienta uno y otro enfoque, los métodos utilizados para llegar a ellas, y los propósitos a los cuales sirven.

Hemos examinado algunas de las premisas fundamentales sobre las cuales se basan los diversos tipos de modelos sistémicos y hemos comprobado que todos ellos parten de alguna forma de analogía con entes esencialmente diferentes de los que se pretende estudiar. Si bien los modelos procesales son, hasta cierto punto, una excepción a esto último, la extremada flexibilidad de la concepción sobre la que se sustentan deja lugar para los más diversos enfoques, lo cual, a nuestro modo de ver, constituye una importante limitación metodológica.

En cuanto al propósito al cual sirven, los modelos de consenso—posiblemente los más utilizados en la educación en general y en la médica en particular—propenden a la solución de conflictos por medio de manipulaciones logísticas de toda índole, tendientes a mantener o restablecer el equilibrio o la armonía “natural” del sistema y a garantizar que este cumpla la función que tiene asignada.

El enfoque estructuralista, a diferencia del sistémico, rechaza las analogías y estimula la realización de un esfuerzo interpretativo

dentro de la propia naturaleza del objeto a estudiar, sea este de tipo sociológico, literario, matemático o biológico. Por otra parte—y esto constituye una diferencia importante con el enfoque sistémico—en el caso de objetos sociales, el análisis estructuralista se fundamenta en el estudio histórico de los hechos, procurando descubrir relaciones poco evidentes y, más que intervenir en la evolución de los procesos con fines utilitarios inmediatos, persigue su comprensión y la identificación de los factores que los dinamizan.

Pareciera, por tanto, que a los fines del presente estudio, un enfoque estructuralista ofrece mayores posibilidades que cualquiera otro y hace posible dilucidar fenómenos que con frecuencia pasan desapercibidos.

Ya García, en su libro *La educación médica en la América Latina* (10), llevó a cabo un análisis estructuralista del proceso de producción de médicos. Aunque dicha obra invita a numerosos comentarios y a una mayor profundización en los aspectos generales del problema, nuestro propósito en este caso se limita a identificar los contenidos conceptuales implícitos en el proceso de la formación de médicos y que configuran, a través de su acción sostenida, el marco conceptual de que venimos hablando.

Será nuestro interés, además, identificar hasta donde sea posible la génesis de dicho marco conceptual y los mecanismos que condicionan su aparición, persistencia y modificación en la educación médica en la América Latina.

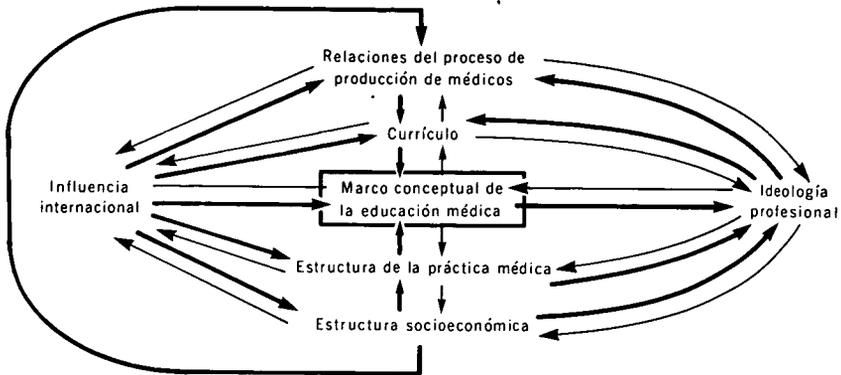
Como una *primera hipótesis* postulamos que el marco conceptual de la educación médica se encuentra en el centro de una intrincada red de relaciones y es la resultante de la interacción entre los diversos elementos que participan en la misma y entre los cuales los más importantes son: la estructura social y económica y la de la práctica médica en cada país; las relaciones internas del proceso de producción de médicos, la ideología prevalente a nivel profesional, y la estructura de poder internacional.

Por otra parte, sostenemos que entre tales elementos existen relaciones bidireccionales, aunque en cada caso es posible comprobar el predominio de la acción en uno de los sentidos.

En la figura 1 se ilustra la hipótesis precedente y se destacan algunos de los elementos a los cuales dirigiremos nuestra atención en el desarrollo del presente estudio.

Como *segunda hipótesis* sostenemos que la organización de los contenidos curriculares (11) y la naturaleza de las experiencias educativas

Fig. 1. Relaciones externas del marco conceptual de la educación médica en países dependientes.



Nota: Las líneas más gruesas señalan la dirección de la influencia dominante.

contribuyen a la configuración del marco conceptual de la educación médica, tanto o más que la transmisión verbalizada de conceptos.

Como complemento de dicha hipótesis postulamos que la organización de los contenidos curriculares atiende, entre otras cosas, a teorías del conocimiento acordes con los intereses de quienes ejercen el dominio en la estructura social y económica, en tanto que la naturaleza de las experiencias educacionales, además de sustentarse en las mismas teorías, tiende a reforzar el modo hegemónico de práctica médica en la respectiva formación social.

Nuestra *tercera hipótesis* se refiere a la interacción que se establece entre la manera de relacionarse y trabajar los profesores y alumnos, por una parte, y el marco conceptual por la otra. Postulamos que dichas relaciones varían, en última instancia, como consecuencia de cambios en la sociedad global cuya acción se ejerce por medio de diversos mecanismos entre los cuales se destacan: las modificaciones que se suceden en la práctica médica y en la atención a la salud, y las variaciones en el número y procedencia social de los alumnos que ingresan a las escuelas de medicina.

Dado el carácter dialéctico y la complejidad de la trama de relaciones que plantean las hipótesis precedentes, su verificación se convierte en tarea particularmente difícil, tanto más porque no siempre dispondremos de los datos que la misma requiere ni será fácil obtenerlos por medio de la investigación empírica.

En consecuencia, la tarea que nos proponemos llevar a cabo será

solo de carácter exploratorio, como lo son las hipótesis que hemos planteado y que no pretenden agotar el tema.

Dichas hipótesis son el resultado de observaciones realizadas durante varios años de contacto con los problemas de la educación y la atención médicas en la mayoría de los países de la América Latina y tienen en cuenta la condición de dependencia económica y cultural de los mismos. El carácter de las hipótesis, así como su fundamentación teórica, imponen que el estudio sea realizado en una perspectiva histórica, tratando de percibir la dinámica de las relaciones que hemos planteado.

Hemos tomado como punto de referencia el término de la Segunda Guerra Mundial porque consideramos que tal hecho coincidió, más o menos, con el inicio de importantes cambios en las relaciones externas e internas de la sociedad en general y de la atención y educación médicas, en particular en la América Latina. En efecto, al finalizar dicha guerra, se produjo en la América Latina la declinación de la influencia europea y el surgimiento de la de los Estados Unidos de América. Por otra parte, se estableció una nueva estructura de poder en el mundo y se produjo una confrontación entre los sistemas capitalista y socialista a cuyas consecuencias, incluidas las ideológicas, no han escapado los países latinoamericanos.

Se destacan, entre otras cosas, el inicio de la tendencia a la industrialización, la migración del campo a las ciudades y la expansión del sistema educativo. En lo que respecta a salud, se consolidan los sistemas de seguridad social, se nacionalizan y se expanden las redes hospitalarias, se promulgan leyes que regulan el ejercicio de la medicina, y los médicos comienzan a organizarse en asociaciones de carácter gremial.

Hacia 1950, comienza un activo movimiento de reformas de la educación médica, el cual dura hasta nuestros días. Por ello, sin ignorar las características de la evolución histórica previa, centraremos nuestro análisis en los hechos sucedidos en la educación médica latinoamericana durante las tres últimas décadas, particularmente a partir de 1950.

Los acontecimientos anotados no se sucedieron en forma simultánea en todos los países latinoamericanos. A pesar de ello, es evidente que, ya como hechos consolidados o que solo se manifestaban como simples tendencias, tales acontecimientos han debido ejercer alguna influencia a lo largo del período estudiado en todos los países.

Debido a las limitaciones que imponen la naturaleza y extensión del

problema a estudiar, así como al carácter exploratorio que hemos asignado al presente estudio, el mismo se fundamenta básicamente en un análisis, tan extenso como ha sido posible, de la literatura latinoamericana sobre educación médica, en especial de aquella relacionada con eventos nacionales e internacionales en los que se analizaron sus problemas y se han propuesto determinadas vías de enfrentarlos. Igualmente hemos revisado y tenido en cuenta estudios de situaciones o experiencias concretas y analizado algunos aspectos específicos particularmente relevantes. En ciertos casos, sustentamos nuestras observaciones en el testimonio personal, producto de nuestra participación como actores u observadores directos de los eventos.

Al tratar de establecer la secuencia histórica de los hechos e identificar sus relaciones, intentamos determinar algunas líneas de causalidad de los mismos que pudieran servir de apoyo a las hipótesis que hemos formulado.

El análisis de características resaltantes que son o han sido comunes a la mayoría de las escuelas de medicina de la América Latina, o que al menos han estado presentes en varios países, lo hemos hecho de manera que, además de permitir la determinación de los supuestos en los cuales se sustenta, arroje cierta luz sobre las circunstancias que le dieron origen, así como sobre sus eventuales consecuencias en la conformación del marco conceptual de los egresados. Con idéntica intención hemos analizado algunas experiencias especialmente relevantes y que han representado, en cierto modo, la vía por la cual algunos enfoques han ingresado a la América Latina para extenderse a través de ella en forma más o menos amplia y rápida, mantenerse más o menos aislados o sufrir una involución progresiva.

Por último, procuramos trazar una imagen con los rasgos más salientes de la situación actual, destacamos las tendencias que es dable reconocer e intentamos prever algunas de sus consecuencias dentro de la trama de relaciones que hemos definido.

En el esfuerzo por identificar los contenidos conceptuales implícitos en cada uno de los aspectos analizados, hemos debido confrontar la ausencia casi absoluta de antecedentes metodológicos en el campo específico que nos ocupa (12). Ante tal limitación adoptamos como procedimiento el análisis de los aspectos particulares y de conjunto de las experiencias educativas de manera tal que nos permitiese establecer, más allá de las descripciones teóricas y de las preconcepciones idealizadas, la manera como se han dado y se dan en la práctica en situaciones concretas. En ese empeño hemos puesto énfasis en el tipo de

relaciones internas que caracterizan cada situación, las circunstancias de tiempo y lugar en las cuales se producen y sus relaciones con el resto del proceso de producción y utilización de médicos y de otro personal de salud.

De dicho análisis intentamos deducir el carácter de paradigma que una estructura de tal naturaleza pudiera tener en función de elementos constitutivos o relacionables con el marco conceptual que hemos descrito y con su expresión práctica en el ejercicio profesional. Partimos del supuesto, que constituye nuestra *cuarta hipótesis* y eje fundamental de todo el trabajo, de que los alumnos perciben, de manera consciente o inconsciente, tales paradigmas y los adoptan o rechazan en la medida en que refuerzan o entran en conflicto con el resto de la estructura y con el papel que desempeña o aspira a desempeñar cada quien dentro de la misma.

Sabemos de dos críticas fundamentales que pudieran ser formuladas a un enfoque como el precedente y a los resultados que se desprendan del mismo. La primera pudiera estar dirigida a señalar alguna similitud de la última parte de nuestro enfoque con la teoría de la socialización ocupacional que comentamos y criticamos anteriormente. Si bien admitimos algún grado de semejanza, nos adelantamos a destacar la diferencia fundamental que establece el hecho de inscribir nuestro enfoque dentro del más amplio contexto de la estructura social global tratando de desentrañar los intrincados mecanismos que ligan uno y otro nivel.

Pensamos que una segunda crítica tendría que ver con un supuesto carácter subjetivo de nuestras deducciones. Con respecto a tal crítica, nos adelantamos a señalar que, en lo posible, hemos procurado mantenernos dentro de una estricta concatenación lógica, partiendo de observaciones empíricas que, si bien no en todos los casos reciben el debido apoyo documental o de la cuantificación estadística, son susceptibles de comprobación más precisa. Admitimos, eso sí, que en muchos casos nuestras deducciones habrán de ser tomadas como nuevas hipótesis de trabajo y como estímulo para investigaciones adicionales.

#### REFERENCIAS Y NOTAS A LA PRIMERA PARTE

- (1) Andrade, J. La estrategia educacional en el plan de estudios. *Educ méd salud* 5(2):151-164, 1971.
- (2) Bunge, M. *Teoría y realidad*. Barcelona, España, Ediciones Ariel, 1972.
- (3) Merton, R. K., G. G. Reader y P. L. Kendall. *The Student Physician*. Cambridge, Harvard University Press, 1957.

Existe una extensa bibliografía sobre socialización en escuelas de medicina y de otras profesiones de la salud, de la cual citaremos las siguientes obras:

- Becker, H. *et al.* *Boys in White*. Chicago, University of Chicago Press, 1961.  
 Simpson, I. H. Patterns of socialization into professions: The case of student nurses. *Sociological Inquiry* 37:47-54, 1967.  
 Meyer, G. R. *Tenderness and Technique: Nursing Values in Transition*. Los Angeles Institute of Industrial Relations, University of California, Los Angeles, 1960.  
 Davis, F., V. L. Olesen, y E. W. Wittaker. Problems and issues in collegiate nursing education. En: Davis, F. (Ed.). *The Nursing Profession: Five Sociological Essays*. Nueva York, John Wiley and Sons, 1966.  
 Pavalko, R. M. *Sociology of Occupations and Professions*. Itasca, Illinois, F.E. Peacock Publications, 1971.

Llama la atención que no hayamos podido encontrar ningún trabajo latinoamericano específicamente referido a la socialización en las escuelas de medicina. Sin embargo, esta teoría, a pesar de no haber recibido atención formal y explícita, parece estar presente en la mente de muchos educadores médicos e implícita en la fundamentación de muchas de sus apreciaciones. La insistencia en la importancia del profesor como modelo y en la necesidad de "enseñar con el ejemplo", tan frecuentes en la literatura latinoamericana como en la de otras latitudes, apoya nuestra apreciación.

(4) Se sigue utilizando la definición de *actitud* que propusiera Thomas a comienzos del presente siglo, quien la considera como la tendencia a obrar, un impulso o una disposición hacia determinada línea de acción. Publicaciones más recientes definen la actitud como una estructura formada por los conocimientos, sentimientos y tendencias reactivas que una persona posee en relación con un objeto social (Krech, D., R. S. Crutchfeld, y E. L. Ballachey. *Psicología Social*. Alfonso Alvarez Villar (trad.). Madrid, Biblioteca Nueva, 1965. En esa obra, las teorías relativas a los mecanismos por medio de los cuales se forman las actitudes generalmente han sido desarrolladas en un contexto social determinado e implícitamente parten del supuesto de que las características generales del mismo no tienen nada que ver con los mecanismos generadores de actitudes. Ello constituye, a nuestro juicio, una importante limitación de tales teorías y una razón de gran valor en contra de su aplicación en contextos diferentes a aquel en el cual fueron formuladas.

(5) Ganzaraín, R., G. Gil y K. Grass. Relaciones humanas y el proceso de enseñar-aprender en las escuelas de medicina. *Educ méd salud* 1(2):107-126, 1967.

(6) Chaves, M. M. *Saúde e sistemas*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1972.

(7) Buckley, W. *La sociología y la teoría moderna de los sistemas*. Buenos Aires, Amorroutu Editores, 1970.

(8) Spencer, H. Citado por Buckley, W. (7).

(9) Piaget, J. *El estructuralismo*, 3ª ed. Buenos Aires, Editorial Proteo, 1971.

(10) García, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 255, 1972.

(11) La organización de los contenidos curriculares corresponde, en cierto modo, a lo que en un trabajo anterior denominamos "estrategia del plan de estudios" (1).

(12) En las obras de Michel Foucault hay estupendos ejemplos de análisis del tipo que se intenta en el presente estudio, algunos de ellos referidos a la medicina. Particularmente útil e ilustrativa resultará la lectura de *El nacimiento de la clínica*, obra en la que se exploran los contenidos ideológicos subyacentes en

los procesos de cambio que conmovieron a la medicina francesa en la época de la Revolución. Foucault, M. *El nacimiento de la clínica*. México, D.F. Siglo XXI Editores, 1966.

Igualmente interesante resulta el libro del mismo autor titulado *La arqueología del saber*. (México, Siglo XXI Editores, 1972). Si bien ninguna de estas obras está específicamente dedicada a la educación médica, ambas nos han sido de gran utilidad para la fundamentación y desarrollo del presente estudio.

## Incorporación del hospital en la tecnología moderna<sup>1</sup>

PROF. MICHEL FOUCAULT<sup>2</sup>

---

---

¿Cuándo empezó a programarse el hospital como un instrumento terapéutico, instrumento de intervención en la enfermedad o el enfermo, instrumento capaz, por sí mismo o por alguno de sus efectos, de curar?

El hospital como instrumento terapéutico es un concepto relativamente moderno que data de fines del siglo XVIII. Alrededor de 1760, se crea una conciencia de que el hospital puede y debe ser un instrumento destinado a curar al enfermo y que se refleja en una nueva práctica: la visita y la observación sistemática y comparada de los hospitales.

En Europa empiezan a realizarse una serie de viajes-encuesta, entre ellos el del inglés Howard, quien recorrió los hospitales, prisiones y lazaretos de ese continente en el período de 1775-1780, y el del francés Tenon, a petición de la Academia de Ciencias, en el momento en que se planteaba el problema de la reconstrucción del "Hôtel Dieu" de París.

Esos viajes-encuesta tenían varias características:

1. Su finalidad consistía en definir, con base en la encuesta, un programa de reforma o de reconstrucción de los hospitales. Cuando en Francia la Academia de Ciencias decidió enviar a Tenon a diversos países de Europa para indagar acerca de la situación de los hospitales, este expresó una importante frase: "Son los propios hospitales existentes los que deben juzgar los méritos o defectos del nuevo hospital".

Se considera que ninguna teoría médica es suficiente, por sí misma,

---

<sup>1</sup>Tercera conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. Los textos de las dos primeras conferencias aparecieron en *Educ méd salud* 10(2), 152-169, 1976, y 11(1), 3-25, 1977, respectivamente.

<sup>2</sup>Profesor del Colegio de Francia, París.

para definir un programa hospitalario. Además, ningún plano arquitectónico abstracto puede ofrecer una fórmula para un buen hospital. Se trata de una cuestión compleja cuyos efectos y consecuencias no se conocen bien, que actúa sobre las enfermedades y es capaz de agravarlas, multiplicarlas o atenuarlas.

Únicamente una indagación empírica sobre ese nuevo objeto, el hospital, interrogado y aislado de una manera también nueva, será capaz de ofrecer una idea de un nuevo programa de construcción de hospitales. El hospital deja entonces de ser una simple figura arquitectónica y pasa a formar parte de un hecho médico-hospitalario que debe estudiarse de la misma manera en que se estudian los climas, las enfermedades, etc.

2. Estas encuestas proporcionaban pocos detalles sobre el aspecto externo del hospital y la estructura general del edificio. Ya no eran descripciones de monumentos, como las que hacían los clásicos viajeros de los siglos XVII y XVIII, sino descripciones funcionales. Howard y Tenon daban cuenta del número de enfermos por hospital, de la relación entre el número de pacientes, del número de camas, del espacio útil de la institución, de la extensión y altura de las salas, de las unidades cúbicas de aire de que dispone cada enfermo, y de la tasa de mortalidad o de cura.

También incluían una investigación de las relaciones entre fenómenos patológicos y especiales. Por ejemplo, Tenon investigaba en qué condiciones especiales se curaban mejor los casos hospitalizados por heridas y cuáles eran las circunstancias más peligrosas para ellos. Así, establecía una correlación entre la tasa creciente de mortalidad entre los heridos y la proximidad a enfermos de fiebre maligna, como se le llamaba en aquella época, correlación que era nociva para los primeros. Explicaba también que la tasa de mortalidad de las parturientas aumentaba si estas se encontraban alojadas en una sala situada encima de la de los heridos; por consiguiente, no debía situarse a los heridos debajo de las salas donde estaban las gestantes.

Tenon estudiaba asimismo los recorridos, desplazamientos y movimientos en el seno del hospital, particularmente el trayecto que seguía la ropa blanca, sábanas, ropa vieja, trapos utilizados para curar a los heridos, etc. Investigaba quién transportaba este material y a dónde se llevaba, se lavaba y se distribuía. Según él, ese trayecto explicaría varios hechos patológicos propios de los hospitales.

Analizaba también por qué la trepanación, una de las operaciones practicadas con más frecuencia en aquella época, solía resultar más satisfactoria en el hospital inglés de Rethleem que en el Hôtel-Dieu de

París. ¿Habría factores internos de la estructura hospitalaria y la distribución de los enfermos que explicaran esa circunstancia? La cuestión se plantea en función de la situación recíproca de las salas, su ventilación y la transferencia de la ropa blanca.

3. Los autores de esas descripciones funcionales de la organización médico-espacial del hospital ya no eran arquitectos. Tenon era médico y, como tal, la Academia de Ciencias le designó para que visitara hospitales; Howard no lo era, pero fue precursor de los filántropos y poseía una competencia casi sociomédica.

Surge, pues, un nuevo modo de ver al hospital, al que se considera como mecanismo para curar, y que si ejerce efectos patológicos debe corregirse.

Se podría alegar que eso no es ninguna novedad, pues desde hace milenios existen hospitales dedicados a curar a los enfermos; lo único que tal vez se puede afirmar es que en el siglo XVIII se descubrió que los hospitales no curaban tanto como debían. No se trata más que de un refinamiento de las exigencias formuladas sobre el instrumento hospitalario.

Quisiera expresar varias objeciones a esa hipótesis. El hospital que funcionaba en Europa desde la Edad Media no era, por ningún concepto, un medio de cura, ni había sido concebido para curar.

En la historia del cuidado del enfermo en Occidente hubo en realidad dos clases distintas que no se superponían, que a veces se encontraban, pero que diferían fundamentalmente, a saber: la médica y la hospitalaria.

El hospital, como institución importante e incluso esencial para la vida urbana de Occidente desde la Edad Media, no constituye una institución médica y, en esa época, la medicina es una profesión no hospitalaria. Conviene recordar esa situación para comprender la innovación que en el siglo XVIII representó la introducción de una medicina hospitalaria o un hospital médico-terapéutico.

Trataré de mostrar las divergencias de esas dos categorías a fin de situar dicha innovación.

Con anterioridad al siglo XVIII el hospital era esencialmente una institución de asistencia a los pobres, pero al mismo tiempo era una institución de separación y exclusión. El pobre, como tal, necesitaba asistencia y como enfermo, era portador de enfermedades y posible propagador de estas. En resumen, era peligroso. De ahí la necesidad de la existencia del hospital, tanto para recogerlo como para proteger a los demás contra el peligro que él entrañaba. Hasta el siglo XVIII el personaje ideal del hospital no era el enfermo al que había que curar

sino el pobre que estaba ya moribundo. Se trata de una persona que necesita asistencia material y espiritual, que ha de recibir los últimos auxilios y los últimos sacramentos. Esta era la función esencial del hospital.

Decíase en aquellos tiempos—y con razón—que el hospital era un lugar para ir a morir. El personal hospitalario no estaba destinado a curar al enfermo sino a conseguir su propia salvación. Era un personal caritativo (religioso o laico) que estaba en el hospital para hacer obras de misericordia que le garantizaran la salvación eterna. Por consiguiente, la institución servía para salvar el alma del pobre en el momento de la muerte y también la del personal que lo cuidaba. Ejercía una función en la transición de la vida a la muerte, en la salvación espiritual más que en la material, unida a la función de separar los individuos peligrosos para la salud general de la población.

Para el estudio del significado general del hospital en la Edad Media y el Renacimiento debe considerarse el texto titulado *Le livre de la vie active de l'Hôtel-Dieu*, escrito por un parlamentario que fue administrador del Hôtel-Dieu, en un lenguaje lleno de metáforas—una especie de “Roman de la Rose” de la hospitalización—pero que refleja claramente la mezcla de funciones de asistencia y de transformación espiritual que incumbían al hospital.

Estas eran las características del hospital hasta principios del siglo XVIII. El “hospital general”, lugar de internamiento, donde se yuxtaponen y mezclan enfermos, locos, prostitutas, etc., es todavía a mediados del siglo XVII una especie de instrumento mixto de exclusión, asistencia y transformación espiritual del que está ausente la función médica.

En cuanto a la práctica médica, ninguno de los elementos que la integraban y le servían de justificación científica la predestinaban a ser una medicina hospitalaria. La medicina medieval y de los siglos XVII y XVIII era profundamente individualista. Individualista por parte del médico al que se le reconocía esta condición después de una iniciación garantizada por la propia corporación médica y que comprendía un conocimiento de los textos y la transmisión de recetas más o menos secretas o públicas. La experiencia hospitalaria no se incluía en la formación ritual del médico. Lo que le autorizaba era la transmisión de recetas, no las experiencias que hubiera adquirido, asimilado e integrado.

La intervención del médico en la enfermedad giraba en torno al concepto de crisis. El médico debía observar al enfermo y a la enfermedad desde la aparición de los primeros signos para descubrir el

momento en que se produciría la crisis. La crisis era el momento en que en el enfermo se enfrentaban su naturaleza sana y el mal que lo aquejaba. En esta lucha entre la naturaleza y la enfermedad, el médico debía observar los signos, pronosticar la evolución, y favorecer en la medida de lo posible el triunfo de la salud y la naturaleza sobre la enfermedad. En la cura entraban en juego la naturaleza, la enfermedad y el médico. En esta lucha el médico desempeñaba una función de pronosticador, árbitro y aliado de la naturaleza contra la enfermedad. Esta especie de batalla en que consistía la cura solo podía desenvolverse en forma de relación individual entre el médico y el enfermo. La idea de una larga serie de observaciones en el seno del hospital, que permitieran registrar las generalidades, los elementos particulares, etc., no figuraba en la práctica médica.

Así, no había nada en la práctica médica de esta época que permitiera la organización de los conocimientos hospitalarios, ni tampoco la organización del hospital permitía la intervención de la medicina. En consecuencia, hasta mediados del siglo XVIII el hospital y la medicina siguieron siendo campos independientes.

¿Cómo ocurrió la transformación, es decir, cómo se “medicalizó” el hospital y cómo se llegó a la medicina hospitalaria?

El factor principal de la transformación no fue la búsqueda de una acción positiva del hospital sobre el enfermo o la enfermedad sino simplemente la anulación de los efectos negativos del hospital. No se trató primero de medicalizar al hospital sino de purificarlo de los efectos nocivos, del desorden que ocasionaba. Y en este caso se entiende por desorden las enfermedades que esa institución podía suscitar en las personas internadas y propagar en la ciudad en que estaba situado, así como el desorden económico y social del que era un foco perpetuo.

Esta hipótesis de que la “medicalización” del hospital se produjo gracias a la eliminación del desorden que causaba puede confirmarse por el hecho de que la primera gran organización hospitalaria de Europa se encuentra en el siglo XVII, esencialmente en los hospitales marítimos y militares. El punto de partida de la reforma hospitalaria no fue el hospital civil sino el marítimo, lo que se debió a que este último era un lugar de desorden económico. A través de él se traficaban mercancías, objetos preciosos, materias raras, especies, etc., procedentes de las colonias. El traficante fingía estar enfermo y al desembarcar lo llevaban al hospital, donde escondía los objetos y eludía así el control económico de la aduana. Los grandes hospitales marítimos de Londres, Marsella o La Rochelle eran lugares de un enorme tráfico contra el que protestaban las autoridades fiscales.

Así pues, el primer reglamento de hospital, que aparece en el siglo XVII, se refiere a la inspección de los cofres que los marineros, médicos y boticarios retenían en los hospitales. A partir de ese momento se podían inspeccionar los cofres y registrar su contenido; si se encontraban mercancías destinadas al contrabando, sus dueños serían castigados. Así surge en este reglamento una primera indagación económica.

Aparece también en esos hospitales marítimos y militares el problema de la cuarentena, es decir, de las enfermedades epidémicas que pueden traer las personas que desembarcan. Los lazaretos establecidos, por ejemplo, en Marsella y La Rochelle, constituyen la programación de una especie de hospital perfecto. Pero se trata esencialmente de un tipo de hospitalización que no pretende que el hospital sea un instrumento de cura sino de impedir que constituya un foco de desorden económico o médico.

Si los hospitales militares y marítimos se convirtieron en modelo, en punto de partida de la reorganización hospitalaria, es porque con el mercantilismo las reglamentaciones económicas se hicieron más estrictas y también porque el precio del hombre aumentaba cada vez más. Y precisamente en esa época la formación del individuo, su capacidad, sus aptitudes, empiezan a tener un precio para la sociedad.

Examinemos el ejemplo del ejército. Hasta la segunda mitad del siglo XVII no había dificultad alguna para reclutar soldados, bastaba con tener recursos monetarios. Había por toda Europa desempleados, vagabundos, miserables, dispuestos a ingresar en el ejército de cualquier nacionalidad o religión.

A fines del siglo XVII, con la introducción del fusil, el ejército se vuelve mucho más técnico, sutil y costoso. Para aprender a manejar un fusil se requerían ejercicios, maniobras, adiestramiento. Así es como el precio de un soldado excede del de un simple trabajador y el costo del ejército se convierte en un importante capítulo presupuestario de todos los países. Una vez formado un soldado no se le puede dejar morir. Si muere ha de ser en debida forma, como soldado, en una batalla, no por causa de una enfermedad. No hay que olvidar que en el siglo XVII el índice de mortalidad de los soldados era muy elevado. Por ejemplo, un ejército austríaco que salió de Viena hacia Italia perdió 5/6 de sus hombres antes de llegar al lugar de combate. Estas pérdidas por causa de enfermedades, epidemias o desertión constituían un fenómeno relativamente común.

A partir de esta transformación técnica del ejército, el hospital militar se convierte en una cuestión técnica y militar importante: 1)

era preciso vigilar a los hombres en el hospital militar para que no desertaran, ya que habían sido adiestrados a un costo considerable; 2) había que curarlos para que no fallecieran de la enfermedad; 3) había que evitar que, una vez restablecidos, fingieran estar todavía enfermos y permaneciesen en cama, etc.

En consecuencia, surge una reorganización administrativa y política, una nueva fiscalización por parte de la autoridad en el recinto del hospital militar. Y lo mismo ocurre con el hospital marítimo a partir del momento en que la técnica marina se complica mucho más y tampoco se puede perder la persona formada a un considerable costo.

¿Cómo se llevó a cabo esta reorganización del hospital? La reordenación de los hospitales marítimos y militares no partió de una técnica médica sino, esencialmente, de una tecnología que podría denominarse política: la disciplina.

La disciplina es una técnica de ejercicio de poder que no fue totalmente inventada sino elaborada en sus principios fundamentales durante el siglo XVIII. En el curso de la historia había existido en la Edad Media e incluso en la antigüedad. Los monasterios constituyen un ejemplo de región de dominio, en el seno de los cuales reinaba un sistema disciplinario. La esclavitud y las grandes compañías esclavistas existentes en las colonias españolas, inglesas, francesas, holandesas, etc., eran también modelos de mecanismos de disciplina. Podríamos remontarnos a la legión romana y en ella también encontraríamos un ejemplo de disciplina.

Por consiguiente los mecanismos disciplinarios datan de tiempos antiguos, pero de una manera aislada, fragmentada, hasta llegar a los siglos XVII y XVIII, cuando el poder disciplinario se perfecciona en una nueva técnica de gestión del hombre. Con frecuencia se habla de las invenciones técnicas del XVII—la tecnología química, metalúrgica, etc.—y sin embargo no se menciona la invención técnica de esa nueva forma de gobernar al hombre, controlar sus multiplicidades, utilizarlas al máximo y mejorar el efecto útil de su trabajo y sus actividades, gracias a un sistema de poder que permite controlarlo.

En los grandes talleres que empiezan a crearse, en el ejército, en las escuelas, cuando se observa en Europa un gran progreso de la alfabetización, aparecen esas nuevas técnicas de poder que constituyen los grandes inventos del siglo XVIII.

A base de los ejemplos del ejército y la escuela, ¿qué es lo que surge en esa época?

1. Un arte de distribución espacial de los individuos. En el ejército del siglo XVII los individuos estaban amontonados, formando un conglomerado, con los más fuertes y más capaces al frente y los que no sabían luchar, los que eran cobardes y deseaban huir en los flancos y en el medio. La fuerza de un cuerpo militar radicaba en el efecto de la densidad de esta masa de hombres.

En el siglo XVIII, por el contrario, a partir del momento en que el soldado recibe un fusil, es preciso estudiar la distribución de los individuos y colocarlos debidamente en el lugar en que su eficacia pueda llegar al máximo. La disciplina del ejército empieza en el momento en que se enseña al soldado a colocarse, desplazarse y estar en el lugar que se requiera.

También en las escuelas del siglo XVII los alumnos estaban aglomerados. El maestro llamaba a uno de ellos y durante unos minutos le proporcionaba alguna enseñanza y luego lo mandaba de nuevo a su lugar, continuando la misma operación con otro y así sucesivamente. La enseñanza colectiva ofrecida simultáneamente a todos los alumnos supone una distribución espacial de la clase.

La disciplina es ante todo un análisis del espacio; es la individualización por el espacio, la colocación de los cuerpos en un espacio individualizado que permita la clasificación y las combinaciones.

2. La disciplina no ejerce su control sobre el resultado de una acción sino sobre su desenvolvimiento. En los talleres de tipo corporativo del siglo XVII lo que se exigía al obrero o al maestro era la fabricación de un producto con determinadas cualidades. La manera de fabricarlo dependía de lo que se transmitía de una generación a otra. El control no afectaba al modo de acción. De la misma manera se enseñaba al soldado a combatir, a ser más fuerte que el adversario en la lucha individual en el campo de batalla.

A partir del siglo XVIII se desarrolla un arte del cuerpo humano. Empiezan a observarse los movimientos que se hacen, cuáles son los más eficaces, rápidos y mejor ajustados. Así es como aparece en los talleres el famoso y siniestro personaje del contra maestre, encargado no de observar si se hacía el trabajo, sino de qué manera podía hacerse con más rapidez y con movimientos mejor adaptados. En el ejército aparece el suboficial y con él los ejercicios, las maniobras y la descomposición de los movimientos en el tiempo. El famoso reglamento de infantería que aseguró las victorias de Federico de Prusia, comprende una serie de mecanismos de dirección de los movimientos del cuerpo.

3. La disciplina es una técnica de poder que encierra una vigilancia perpetua y constante de los individuos. No basta con observarlos de

vez en cuando o de ver si lo que hicieron se ajusta a las reglas. Es preciso vigilarlos durante todo el tiempo que se realice la actividad y someterlos a una pirámide perpetua de vigilantes. Así aparecen en el ejército una serie de grados que van, sin interrupción, desde el de general en jefe hasta el de soldado raso, así como sistemas de inspección, revistas, paradas, desfiles, etc., que permiten observar de manera permanente a cada individuo.

4. La disciplina supone un registro continuo: anotaciones sobre el individuo y transferencia de la información en escala ascendente, de suerte que a la cúspide de la pirámide no se le escape ningún detalle, acontecimiento o elemento disciplinario.

En el sistema clásico el ejercicio del poder era confuso, global y discontinuo. Se trataba del poder del soberano sobre grupos integrados por familias, ciudades, parroquias, es decir, por unidades globales, no de un poder que actuaba continuamente sobre el individuo.

La disciplina es el conjunto de técnicas en virtud de las cuales los sistemas de poder tienen por objetivo y resultado los individuos singularizados. Es el poder de la individualización cuyo instrumento fundamental estriba en el examen. El examen es la vigilancia permanente, clasificadora, que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos y, por lo tanto, utilizarlos al máximo. A través del examen, la individualidad se convierte en un elemento para el ejercicio del poder.

La introducción de los mecanismos disciplinarios en el espacio confuso del hospital iba a permitir su medicalización. Todo lo que se acaba de exponer explicará por qué se disciplina el hospital. Las razones económicas, el precio atribuido al individuo, el deseo de evitar la propagación de las epidemias explican la fiscalización disciplinaria a que están sometidos los hospitales. Pero si esta disciplina adquiere carácter médico, si este poder disciplinario se confía al médico, se debe a una transformación del saber médico. La formación de una medicina hospitalaria hay que atribuirla, por un lado, a la introducción de la disciplina en el espacio hospitalario y, por el otro, a la transformación que en esa época experimenta la práctica de la medicina.

En el sistema epistémico o epistemológico del siglo XVIII, el gran modelo de la inteligibilidad de las enfermedades es la botánica, la clasificación de Linneo. Ello significa la necesidad de entender las enfermedades como un fenómeno natural. Como en las plantas, en las enfermedades habrá especies, características observables, cursos de

evolución. La enfermedad es la naturaleza, pero una naturaleza debida a una acción particular del medio sobre el individuo. La persona sana, cuando se somete a ciertas acciones del medio, sirve de apoyo a la enfermedad, fenómeno límite de la naturaleza. El agua, el aire, la alimentación, el régimen general constituyen las bases sobre las cuales se desarrollan en un individuo las diferentes especies de enfermedades.

En esa perspectiva la cura está dirigida por una intervención médica que ya no se encamina hacia la enfermedad propiamente dicha, como en la medicina de la crisis, sino que, un poco al margen de la enfermedad y del organismo, se orienta hacia el medio que la rodea: el aire, el agua, la temperatura ambiente, el régimen, la alimentación, etc. Es una medicina del medio que se está constituyendo, en la medida en que la enfermedad se concibe como un fenómeno natural que obedece a las leyes naturales.

Por consiguiente, es en el ajuste de esos dos procesos, el desplazamiento de la intervención médica y la aplicación de la disciplina en el espacio hospitalario, donde se encuentra el origen del hospital médico. Esos dos fenómenos, de distinto origen, iban a poder ajustarse con la introducción de una disciplina hospitalaria cuya función consistiría en garantizar las averiguaciones, la vigilancia, la aplicación de la disciplina en el mundo confuso de los enfermos y de la enfermedad, y en transformar las condiciones del medio que rodeaba a los enfermos. Asimismo se individualizarían y distribuirían los enfermos en un espacio donde se pudiera vigilarlos y registrar lo que ocurriera; también se modificaría el aire que respiraban, la temperatura del medio, el agua para beber, el régimen, de manera que el panorama hospitalario que imponía la disciplina fuera un instrumento de modificaciones con función terapéutica.

Si se admite la hipótesis de que el hospital nace de las técnicas de poder disciplinario y de la medicina de intervención sobre el medio, se comprenderán varias características que poseyó esa institución:

1. La localización del hospital y la distribución interna del espacio. La cuestión del hospital a fines del siglo XVIII es fundamentalmente la cuestión del espacio o espacios diferentes a los que este se encuentra vinculado. En primer lugar, ¿dónde se situará el hospital para que no siga siendo un lugar sombrío, oscuro, confuso, en pleno corazón de la ciudad, en el que iban a parar las personas a la hora de la muerte y desde donde se difundían peligrosamente miasmas, aire contaminado, agua sucia, etc.? Era preciso que el lugar en que estuviera situado el

hospital se ajustara al control sanitario de la ciudad. La localización del hospital debía calcularse en el seno de la medicina del espacio urbano.

En segundo lugar había que calcular también la distribución interna del espacio del hospital y esto había que hacerlo en función de algunos criterios: si era cierto que una acción ejercida sobre el medio curaba las enfermedades, habría que crear en torno de cada enfermo un pequeño medio espacial individualizado, específico, modificable según el paciente, la enfermedad y su evolución. Se necesitaría obtener una autonomía funcional, médica, del espacio de supervivencia del enfermo. De esta manera se establece el principio de que las camas no deben estar ocupadas por más de un paciente, y por lo tanto se suprimirá el lecho-dormitorio en el que a veces se amontonaban hasta seis personas.

También habrá que crear alrededor del enfermo un medio manejable que permita aumentar la temperatura ambiente, refrescar el aire y orientarlo hacia un solo enfermo, etc. De ahí que se realizaran investigaciones para individualizar el espacio de existencia, de respiración de los enfermos, incluso en las salas colectivas. Así por ejemplo, hubo el proyecto de encapsular la cama de cada enfermo empleando una tela que permitiese la circulación del aire pero que bloqueara las miasmas.

Todo ello muestra cómo, en una estructura especial, el hospital constituye un medio de intervención sobre el enfermo. La arquitectura hospitalaria debe ser factor e instrumento de cura y el hospital, a donde iban a parar los enfermos para morir, debía dejar de existir. La arquitectura hospitalaria es un instrumento de cura de la misma categoría que un régimen de alimentación, una sangría o una acción médica. El espacio hospitalario se medicaliza en su función y efectos. Esta es la primera característica de la transformación del hospital a fines del siglo XVIII.

2. Transformación del sistema de poder en el seno del hospital. Hasta mediados del siglo XVIII quien ejercía el poder era el personal religioso, raramente laico, encargado de la vida cotidiana del hospital, la salvación y la asistencia alimentaria de las personas internadas. Se llamaba al médico para atender a los enfermos más graves, y más que una acción real, se trataba de una garantía, una justificación. La visita médica era un ritual muy irregular, en principio se hacía una vez al día y para centenares de enfermos. Por añadidura el médico dependía administrativamente del personal religioso, el cual podía incluso despedirlo.

Desde el momento en que el hospital se concibe como un instrumento de cura y la distribución del espacio se convierte en instrumento terapéutico, el médico asume la responsabilidad principal de la organización hospitalaria. A él se le consulta cómo se debe construir y organizar el hospital; por este motivo Tenon realizó la mencionada encuesta. A partir de entonces queda prohibida la forma de claustro, de comunidad religiosa, que se había empleado para organizar el hospital, en beneficio de un espacio que será objeto de una organización médica. Además, si el régimen alimentario, la ventilación, el ritmo de las bebidas, etc., habían de ser factores de cura, el médico, al controlar el régimen del enfermo, se hace cargo, hasta cierto punto, del funcionamiento económico del hospital, que hasta entonces era un privilegio de las órdenes religiosas.

Al mismo tiempo, la presencia del médico en el hospital se reafirma y se multiplica. Las visitas aumentan a un ritmo cada vez más acelerado durante el siglo XVIII. En 1680 en el Hôtel-Dieu de París el médico pasaba visita una vez al día; en cambio en el siglo XVIII se establecen varios reglamentos que especifican, sucesivamente, que debe efectuarse otra visita por la noche para los enfermos más graves, que cada visita debe durar dos horas y, por último, alrededor de 1770, que en el hospital debe residir un médico al que se pueda acudir a cualquier hora del día o de la noche en caso necesario.

Así se crea el personaje del médico de hospital que antes no existía. Hasta el siglo XVIII los grandes médicos no aparecían por el hospital, eran médicos de consulta particular que habían adquirido prestigio gracias a un cierto número de curas espectaculares. El médico al que recurrían las comunidades religiosas para las visitas a los hospitales era generalmente el peor de la profesión. El gran médico de hospital, el más preparado cuanto mayor sea su experiencia en esas instituciones, es un invento de fines del siglo XVIII. Por ejemplo, Tenon fue médico de hospital, y la labor que realizó Pinel en Biètre fue posible gracias a que ejercía en el hospital.

Esta inversión del orden jerárquico en el hospital con la ocupación del poder por el médico se refleja en el ritual de la visita: el desfile casi religioso; encabezado por el médico, de toda la jerarquía del hospital: ayudantes, alumnos, enfermeras, etc., ante la cama de cada enfermo. Este ritual cofidicado de la visita, que señala la implantación del poder médico, se encuentra en los reglamentos de hospitales del siglo XVIII, en los que se indica dónde debe colocarse cada persona, que la presencia del médico debe ser anunciada por una campanilla, que la

enfermera debe estar en la puerta con un cuaderno en la mano y acompañar al médico cuando entre, etc.

3. Organización de un sistema de registro permanente y, en la medida de lo posible, completo de todo lo que ocurre. En primer lugar debemos referirnos a los métodos de identificación del enfermo. En la muñeca del enfermo se atará una pequeña etiqueta que permitirá distinguirlo tanto si sobrevive como si muere. En la parte superior de la cama se colocará una ficha con el nombre del enfermo y la afección que sufre. Asimismo empiezan a utilizarse una serie de registros que reúnen y transmiten información: el registro general de ingresos y altas, en el que se inscribe el nombre del enfermo, el diagnóstico del médico que lo recibió, la sala en que se encuentra y, por último, si falleció o fue dado de alta; el registro de cada sala, preparado por la enfermera jefe; el registro de la farmacia, en el que constan las recetas y para qué enfermos se despacharon; el registro de lo que el médico ordena durante la visita, las recetas y el tratamiento prescrito, el diagnóstico, etc.

Finalmente se implanta la obligación de los médicos de confrontar sus experiencias y sus registros—por lo menos una vez al mes, de acuerdo con el reglamento del Hôtel-Dieu en 1785—para averiguar los distintos tratamientos administrados, los que han resultado más satisfactorios, los médicos que tienen más éxito, si las enfermedades epidémicas han de pasar de una sala a otra, etc.

De esta manera se forma una colección de documentos en el seno del hospital, y este se constituye no solo en un lugar de cura sino también de registros y de adquisición de conocimientos. Por tanto, el saber médico, que hasta el siglo XVIII estaba localizado en los libros, en una especie de jurisprudencia médica concentrada en los grandes tratados clásicos de medicina, empieza a ocupar un lugar, no en los textos, sino en el hospital; ya no se trata de lo que fue escrito e impreso sino de lo que todos los días se registra en la tradición viva, activa y actual que representa el hospital.

Es así como llega a afirmarse, en el período de 1780-1790, la formación normativa del médico en el hospital. Esta institución, además de ser un lugar de cura, es también un lugar de formación médica. La clínica aparece como dimensión esencial del hospital, entendiendo por clínica a este respecto la organización del hospital como lugar de capacitación y transmisión del saber. Pero sucede también que, con la introducción de la disciplina del espacio hospitalario, que permite curar así como registrar, capacitar y acumular conocimientos, la me-

dicina ofrece como objeto de observación un inmenso campo, limitado por un lado por el individuo y por el otro por la población.

Con la aplicación de la disciplina del espacio médico y por el hecho de que se puede aislar a cada individuo, instalarlo en una cama, prescribirle un régimen, etc., se pretende llegar a una medicina individualizante. En efecto, es el individuo el que será observado, vigilado, conocido y curado. El individuo surge como objeto del saber y de la práctica médica.

Pero también por el mismo sistema del espacio hospitalario disciplinado se puede observar a un gran número de individuos. Los registros obtenidos diariamente, cuando se confrontan entre hospitales y en las diversas regiones, permiten comprobar los fenómenos patológicos comunes a toda la población.

Gracias a la tecnología hospitalaria, el individuo y la población se presentan simultáneamente como objetos del saber y de la intervención de la medicina. La redistribución de esas dos medicinas será un fenómeno propio del siglo XIX. La medicina que se forma en el siglo XVIII es una medicina tanto del individuo como de la población.

## RESUMEN

En esta conferencia, el Profesor Foucault hace un recuento de la aparición del hospital como instrumento de intervención en la enfermedad y en el enfermo a partir del siglo XVIII.

Se refiere a los informes de Tenon y Howard en relación con la situación de los hospitales en diversos países de Europa, los cuales se apartan del análisis del hospital como "una simple figura arquitectónica" para formular recomendaciones en base al número de camas, el espacio útil de la institución, las dimensiones de las salas, las tasas de mortalidad, etc., estableciendo un nuevo concepto funcional de la organización "médico-espacial del hospital".

El autor profundiza en el estudio de las características del hospital y de la práctica médica del medioevo y de los siglos XVII y XVIII y de la vigente a partir de la segunda mitad del siglo XVIII. Destaca la relación directa de la organización hospitalaria con la reglamentación económica que emerge en el mercantilismo y la significación del hombre para el desarrollo social y militar, por una parte, y por la otra, con la aplicación de una tecnología que podría calificarse política: la disciplina. Considera que la introducción de los meca-

nismos disciplinarios en el espacio confuso del hospital permitió su "medicalización" y el desarrollo del hospital médico-terapéutico.

---

#### THE HOSPITAL AND MODERN TECHNOLOGY (*Summary*)

This address traces the emergence of the hospital in the 18th century as a facility for combating disease and tending to the sick.

Reference is made to the reports of Tenon and Howard on hospitals in several European countries, which instead of considering the hospital as a mere architectural object make recommendations based on the numbers of beds of an institution, its usable space, the dimensions of wards, mortality rates, etc.; the result is a new functional concept of the medical and physical organization of the hospital.

The author delves into the characteristics of the hospital and medical practice in the Middle Ages, the 17th and 18th centuries, and since the middle of the 18th. He brings out the direct relationship of hospital organization to the economic regulations that emerged with mercantilism. He stresses the importance of man for social and military development on the one hand, and, on the other hand, to the application of a technology that could be described as political: the discipline. He is of the view that the introduction of disciplinary mechanisms in the confused environment of the hospital permitted its "medicalization" and the development of the medical-therapeutic hospital.

#### INCORPORAÇÃO DO HOSPITAL À TECNOLOGIA MODERNA (*Resumo*)

Nesta conferência, o Prof. Foucault passa em revista o aparecimento do hospital como instrumento de intervenção na doença e no doente, a partir do século XVIII.

Refere-se aos relatórios de Tenon e Howard sobre a situação dos hospitais em diversos países da Europa, trabalhos que se afastam da análise do hospital como "simples figura arquitetônica" para formular recomendações com base no número de leitos, no espaço útil da instituição, nas dimensões das salas, nas taxas de mortalidade, etc., estabelecendo um novo conceito funcional da organização "médico-espacial do hospital".

O autor penetra no estudo das características hospitalares e da prática médica da Idade Média e dos séculos XVII e XVIII, e da característica

vigente a partir da segunda metade do século XVIII. Destaca a relação direta da organização hospitalar, de um lado, com o ordenamento econômico que evolue no mercantilismo e na significação do homem para o desenvolvimento social e militar, e de outro, com a aplicação de uma tecnologia que se poderia classificar de política: a disciplina. Considera que a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital permitiu sua "medicalização" e o desenvolvimento do hospital médico-terapêutico.

## L'INTÉGRATION DE L'HÔPITAL À LA TECHNOLOGIE MODERNE (*Résumé*)

Le Professeur Foucault narre ici l'historique de l'hôpital, établissement devenu à partir du XVIIIème siècle un instrument d'intervention pour la maladie et le malade.

Il se réfère aux rapports de Tenon et Howard sur la situation des hôpitaux dans divers pays d'Europe, lesquels s'écartent de l'analyse de l'hôpital considéré comme "une simple figure architectonique" pour formuler des recommandations sur la base du nombre de chambres, de l'espace utile de l'établissement, des dimensions des salles, des taux de mortalité, etc., créant ainsi un nouveau concept fonctionnel de l'organisation "médico-spatiale de l'hôpital".

L'auteur se penche dans son étude sur les caractéristiques de l'hôpital et de la pratique médicale du Moyen-Age et des XVIIème et XVIIIème siècles ainsi que de la pratique médicale à partir du milieu du XVIIIème siècle. Il souligne le rapport direct de l'organisation hospitalière d'une part avec la réglementation économique qui conduit au mercantilisme et à l'importance de l'homme pour le développement social et militaire, et d'autre part avec l'application d'une technologie que l'on pourrait qualifier de politique: la discipline. L'auteur estime enfin que l'introduction des mécanismes disciplinares dans l'espace confus de l'hôpital a permis la "medicalisation" de celui-ci et le développement de l'hôpital médico-thérapeutique.

**INDEXED**

# Enseñanza de los aspectos integrales de la salud o aspectos médico-sociales: Historia y situación actual<sup>1</sup>

DR. CARLOS QUIROS SALINAS<sup>2</sup>

---

---

## MARCO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES

Definir la salud resulta difícil desde cualquier punto que se le considere, bien sea en sentido anatomofisiológico y psíquico o bien de una manera más amplia, considerando los aspectos de carácter económico y social. Sabido es que se han formulado muchas definiciones, pero ninguna de ellas satisface ampliamente tan complejo concepto.

Nosotros sostenemos que la salud y la enfermedad son estados contrarios, aunque íntimamente relacionados e históricamente determinados; el uno no puede existir aislado del otro, aun más, entre ambos estados se dan variaciones que dependen tanto de la naturaleza de sus relaciones como del proceso histórico que los determina. En el afán de establecer criterios que señalan donde termina uno y comienza el otro, el hombre de ciencia ha tratado de establecer términos medios (los llamados valores "normales") cuya relatividad es de todos conocida y los que necesariamente deben ser analizados detenidamente hasta encontrar los mecanismos íntimos, es decir las leyes que rigen el proceso vital (1).

Si analizamos otras definiciones encontraremos que las mismas consideran una serie de factores que intervienen en el proceso de interacción entre salud y enfermedad y que no solo toman en cuenta al huésped y al agente causal como elementos determinantes sino al ambiente en su más amplia concepción. Este último interviene en la interacción entre estos dos factores determinantes por medio de los llamados factores condicionantes, sean estos de carácter físico (geográ-

---

<sup>1</sup>Trabajo presentado en las Jornadas Científicas de Medicina Preventiva que tuvieron lugar en 1977 en conmemoración del cincuentenario de la fundación del Instituto de Medicina Social de la Universidad Nacional de San Marcos, Lima, Perú.

<sup>2</sup>Profesor-Jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Programa Académico de Medicina, Universidad de San Marcos, Lima, Perú.

fico), económico, social, psicológico, etc. Esta definición corresponde al llamado concepto ecológico de la enfermedad y su limitación es evidente.

Por estas razones, consideramos que es esencial desarrollar el concepto de salud-enfermedad no como una declaración o como una técnica eminentemente médica, sino como un instrumento de análisis, y al respecto creemos oportuno estimular el debate de la investigación del problema de salud sobre bases científicas, dentro del marco de las ciencias sociales (1).

Podríamos decir, como corolario de lo anterior que durante los últimos años se han reconocido otros factores, que no son estrictamente los de carácter biomédico, que intervienen en la ocurrencia de la enfermedad, pero solamente de una manera superficial y parcial, en un nivel de relación causal basado en relaciones externas al proceso intrínseco de la enfermedad y a las leyes de existencia humana, básicamente económico-sociales. Es comprensible, pues, que en el concepto de salud se haya reflejado, en mayor o menor medida, los conocimientos alcanzados en cada época y los intereses de clase, que siempre median en cuanto se pasa del terreno de la ultraestructura al de la existencia humana en su totalidad. En este terreno solo las ciencias sociales han logrado aclarar las leyes que rigen la existencia humana, sintetizadas en el concepto de estructura económico-social, cuyo desarrollo es concebido como proceso histórico natural, y logrado mediante la aplicación del único medio que permite estudiar los problemas histórico sociales de un modo rigurosamente científico (1).

De todo lo expuesto podemos deducir que mientras se siga tratando el problema salud-enfermedad de una manera tangencial, la acción de los profesionales de las ciencias de la salud y los servicios que se otorgan a la comunidad serán de un impacto muy limitado. Evidentemente, no podemos esperar que el profesional de las ciencias de la salud resuelva los complejos problemas del desarrollo que hacen que persista la situación actual, y que implican la necesidad de un cambio socioeconómico radical para su transformación, pero sí creemos que debe estar consciente de la existencia de las raíces del problema y de lo limitado de su campo de acción profesional.

Para nosotros, el estado de salud de una población constituye un reflejo fiel de la estructura económica, política y social predominante. Una sociedad mal constituida es una sociedad enferma. El problema es inmenso y nuestra acción directa, como profesionales preocupados en mejorar los niveles de vida y, por ende de salud, alcanza solo de una

manera directa a una parte del mismo. Es como si dijéramos que alcanzamos a modificar, en parte, lo que compete a nuestro campo de acción directo sin que podamos ir a las raíces mismas del problema. Pero esto no obsta para que, como profesionales preocupados por esta enorme tarea, no estemos conscientes de la existencia de estas raíces y para que, desde nuestra posición de líderes—privilegio que nos concede nuestra sociedad—no nos encontremos en capacidad de ejercitar toda nuestra influencia para actuar como elementos efectivos de cambio social.

La incompreensión del médico del papel que le compete como agente de cambio social se puede observar en ejemplos muy demostrativos en el pasado histórico en relación con los grandes descubrimientos en medicina. Uno muy objetivo es el de Goldberger, quien, comisionado por su Gobierno, los Estados Unidos de América, para estudiar cuales eran las causas de la pelagra en el sur de su país, llegó a descubrir que esta se debía a una carencia alimenticia derivada de la dieta que era consecuencia de un fenómeno económico y social derivado de la forma de la explotación de la tierra, y en vez de sentirse contento de su descubrimiento, se deprimió terriblemente al encontrar que él, como un simple médico, no podía modificar la situación.

Desde sus inicios, las ciencias médicas, y en particular la medicina, concedieron especial interés al ambiente en el proceso de salud-enfermedad, particularmente antes del conocimiento de los agentes causales de esta última. La observación empírica llevó a considerar que determinados ambientes físicos propiciaban la aparición de ciertas enfermedades.

Posteriormente, con el advenimiento de la era bacteriológica, se determina la etiología de muchos procesos mórbidos, los cuales son estudiados exhaustivamente desde el punto de vista anatomopatológico-clínico, limitando la atención de los investigadores en aspectos estrictamente técnicos. La concentración del estudio de los enfermos y las enfermedades en los laboratorios y en las salas de hospital, hace que se pierda la visión de conjunto y que el interés se centre en el enfermo como persona individual, descuidando los problemas relativos al hombre como miembro de una sociedad.

La aparición de las grandes epidemias que azotaron a la humanidad en la Edad Media, y principalmente a principios del Renacimiento, hizo que investigadores geniales como Snow se preocuparan por estudiar la enfermedad como fenómeno de masa con el objeto de determinar su causa, aún antes de conocerse el agente etiológico. Estos estudios llevaron al descubrimiento del método epidemiológico.

Con motivo de la revolución industrial, se produjo una transformación dinámica de la estructura de las sociedades, las cuales se transformaron de eminentemente feudales en burguesas, con las consiguientes migraciones del campo a la ciudad con el objeto de cubrir la demanda de mano de obra que requería la aparición de los primeros centros artesanales, manufactureros y fabriles.

Esta modificación de la sociedad trajo como consecuencia un desajuste de las relaciones de la producción existentes hasta el momento, que ocasionó el crecimiento acelerado y desordenado de las ciudades, que posteriormente se vieron rodeadas de cinturones de masas de trabajadores, los cuales, obligados por las circunstancias, viven en condiciones infrahumanas y debido al modo de producción y al tipo de economía imperante, son mal remunerados y tienen que cumplir horarios de trabajo excesivos.

Esta situación trajo como consecuencia un incremento notable de las enfermedades, promiscuidad, miseria, la proliferación de la delincuencia y todos los problemas que se presentan en poblaciones cuyos niveles de vida no son compatibles con los de una existencia digna.

Cuando escaseaban los hospitales y los enfermos eran atendidos por los médicos en sus domicilios y centros de trabajo, estos, al concurrir al escenario donde se desarrollaba este drama, descubren la otra faceta del fenómeno salud-enfermedad, el problema social. Muchos de estos profesionales, con gran visión y sensibilidad, perciben que el origen de la enfermedad de sus pacientes no es únicamente el agente causal de esta, o en otras palabras que si este lo es desde el punto de vista biomédico, existen otros factores en el ambiente que influyen en la mala salud de la población. Esta observación, que es facilitada por las contradicciones entre terratenientes e industriales y la presión obrera, los lleva a reclamar mejores niveles de vida para los trabajadores, y es así como nacen los llamados "médicos inspectores de fábricas", que insisten en la necesidad de modificar las condiciones de trabajo y de vida de los obreros de la industria naciente.

Estas condiciones de vida también llamaron la atención de distinguidos investigadores, como Virchow, que llegó a decir que "la medicina es una ciencia social y que la política es una medicina en grande", para destacar que la acción del médico no puede circunscribirse exclusivamente al conocimiento aplicado de las ciencias biológicas para la comprensión del fenómeno salud-enfermedad sino que existe un componente socioeconómico.

Es así como nacen las primeras inquietudes acerca de la importancia que tienen en la salud de una comunidad los componentes económicos,

sociales, políticos, culturales, etc., siendo varios los investigadores que insisten en la necesidad de llevar a cabo estudios médico-sociales que permitan un mejor conocimiento de estos aspectos de la medicina.

Posteriormente, a raíz de los avances en el campo de las ciencias y técnicas en que se sustenta, la medicina cada vez se vuelve "más científica" y compleja y el interés se centra nuevamente en estos aspectos, olvidándose prácticamente del otro componente, el social, que es de fundamental importancia, como ya se ha señalado. Esto, unido al hecho de que cada vez más la atención de los enfermos se hace en centros hospitalarios y que la docencia se imparte en los laboratorios y hospitales, hace que los profesionales de las ciencias de la salud pierdan la visión de conjunto y centren su interés casi exclusivamente en los conocimientos biomédicos.

Sin embargo, las nuevas condiciones generadas por el desarrollo capitalista hace posible que profesionales cuya sensibilidad social no se ha perdido, insistan en la necesidad de que se vuelva la vista a los componentes sociales que, ligados a una comprensión todavía inicial del aspecto económico, hacen que sus esfuerzos se dirijan hacia labores preventivas, ya que es más barato y efectivo mantener a la población sana que tener que curarla. Es clásica la famosa expresión de un distinguido sanitarista americano que dice "si las personas están cayendo a un abismo por la falta de un muro de contención es mucho más barato y más humano construir este muro para que no se sigan cayendo, que un hospital en el fondo para atender a aquellos que se cayeron".

Surge así lo que podríamos llamar la era de la medicina preventiva, que se desarrolla sobre todo en los países ricos. Esta época cobra su mayor intensidad después de la Segunda Guerra Mundial, cuando aparecen las escuelas de salud pública que tratan de preparar especialistas en los aspectos preventivos fundamentalmente. Este movimiento recibe especial impulso en los Estados Unidos, país en el que, dada la modalidad de ejercicio profesional de la medicina y de las ciencias de la salud, se establece una marcada división entre lo que es prevención y asistencia, estando la segunda casi en su totalidad en las manos de la práctica privada, que muy poco o nada se preocupa de los aspectos preventivos propiamente tales.

Por estas razones, los gobiernos locales, estatales y federales se ocupan de atender las tareas y labores preventivas que les permitan mantener una población sana como elemento fundamental en la producción industrial, evitando así la propagación de las enferme-

dades, sobre todo infecciosas y parasitarias que puedan afectar la capacidad de producción.

La enseñanza de estos aspectos preventivos va acompañada, como es lógico, del estudio, aunque superficial, de los factores económicos, sociales, etc., a los que se les considera como condicionantes dentro de este proceso que adquiere casi las mismas características de los conocimientos biomédicos, es decir, un tinte marcadamente técnico, con una interpretación superficial del contenido social y sin una comprensión objetiva de las estructuras económicas.

Se forman así profesionales de las ciencias de la salud, y especialistas en "medicina preventiva" o "salud pública", entendiendo esta dentro del marco restringido que todas las definiciones de estas disciplinas le han dado.

Como sucede en el terreno económico-social y en el de todos los campos del conocimiento, una vez terminada la Segunda Guerra Mundial se produce una hegemonía mayor en el conocimiento científico que se centra en América del Norte, en particular, los Estados Unidos, y todos los países del continente tratan de imitar lo que está sucediendo en este país. Los primeros especialistas en medicina preventiva y salud pública se preparan en ese país y muchos con muy poca experiencia y conocimiento de la realidad de sus países a su regreso tratan de establecer "centros de medicina preventiva", en los que solo se aplican técnicas de prevención, desligados de los hospitales y posteriormente centros de salud, con la adición de algunos otros aspectos de asistencia; igualmente se organizan las primeras escuelas de salud pública, con el mismo corte de las americanas.

Con el correr de los años, se llega a la conclusión de que en los países pobres, en los cuales la patología es tan abundante, resulta imposible separar la prevención de la asistencia y se fusionan ambos servicios en los mismos establecimientos.

Si bien se reconoce paulatinamente la importancia que tienen los factores económicos y sociales, con un mayor interés a partir de la década del 1960, dicho interés se enfoca fundamentalmente sobre la gravitación que se da a la salud en determinado tipo de economía. Se habla entonces de la necesidad de considerar a la salud como un componente del desarrollo económico y social de un país, para ponerse a tono con el movimiento continental que nació en Punta del Este en 1962, a raíz de la Alianza para el Progreso, con la esperanza de que los servicios de salud merecerían la debida atención de los economistas, convencidos de la importancia que tiene para el "desarrollo" de los

países una población con condiciones mínimas de existencia—la fuerza de trabajo—y a la que a su vez se pueda utilizar y ampliar más rentablemente.

Es en esta época que los proveedores de capital, contrariamente a lo que decían antes, insisten en la necesidad de que en los países pobres se establezcan planes de desarrollo económico y social que facilitarían la obtención de créditos que les permitirían obtener el “despegue” hacia el desarrollo y la expansión de sus economías. Hoy como antes estos empréstitos han significado el “enfeudamiento” del país. Por ello es válida la apreciación de Basadre de que “no es inexacto que a cambio del ‘enfeudamiento’ puédate extinguir parte del atraso peruano, pueden elevarse rascacielos sobre nuestras ciudades de tristeza castellana, pueden mejorar el agua potable, la vida galante, etc. También trae ganancias la prostitución... (Pero)... Todo el progreso que aporte no será más que algo secundario o subsidiario a los fines de la explotación de nuestro capital territorial, de nuestro capital humano, en beneficio de un número ínfimo de intereses detentadores de privilegios antisociales. Nunca comprenderán este progreso las ganancias que tales explotadores recojan para usarlas a su capricho” (3).

Nace así una nueva era, dentro de los especialistas en el campo de la salud: la era de la planificación, que aún tiene vigencia en nuestros días.

Como es sabido, la planificación ha sido ampliamente desarrollada por los países socialistas, cuyas características económicas, sociales y sobre todo políticas, han facilitado y facilitan esta tarea, y en donde existen condiciones que permiten la aplicación de los planes elaborados, ya que el poder de decisión tiene todo el apoyo político para su ejecución. Esta situación no se da en los países capitalistas o en aquellos con sistemas que actúan dentro de su órbita, países coloniales o semicoloniales, o cuyo corte es indefinido transitoriamente.

Como consecuencia de todos estos hechos se produce un movimiento que preocupa no solamente a los especialistas en las ciencias de la salud, en el campo llámese de la salud pública, la medicina preventiva o social, sino que llega a interesar a los especialistas en educación médica y de ciencias de la salud, que consideran que el profesional que están formando no obedece a la inquietud de los países por superar su estado de pobreza, especialmente en el campo social y en particular en el de la salud. Se abandona, pues, el terreno de fondo, económico-social, para discutir el problema de la salud solo en el terreno educacional.

Es así que se llevan a cabo una serie de reuniones internacionales para analizar la situación de la enseñanza de "la medicina preventiva", en las que se considera el problema en el momento presente y se estudia, fundamentalmente, el aspecto educacional y en relación con el profesional de la salud que los países necesitan. Estas reuniones internacionales van seguidas de otras de nivel nacional que invariablemente concluyen en la imperiosa necesidad de variar el currículo de estudios para otorgar especial interés a los aspectos preventivos y sociales, siendo "los más entusiastas" en aceptar estos conceptos los profesores de las ciencias básicas y clínicas. Desgraciadamente todas estas reuniones terminan en declaraciones líricas de estos enunciados y no se traducen en la formulación clara de procedimientos reales y objetivos que permitan incorporar de una manera efectiva la enseñanza de estos conocimientos dentro del currículo de estudios. Son muchos los esquemas que se proponen pero ninguno de ellos llega a plasmarse en una acción realmente efectiva.

Aunque las razones de este fracaso son múltiples, fundamentalmente radican en la pesada carga tradicional de los profesores de ciencias básicas y clínicas que no ceden en la práctica, en beneficio de la enseñanza de los aspectos preventivos y sociales, sino espacios muy limitados de tiempo dentro del currículo de estudios. Se continúa, pues, impartiendo una enseñanza con un contenido eminentemente biomédico, con una abstracción total de la visión del conjunto global del problema persistiendo dentro de las paredes de hospitales y laboratorios.

Por otra parte, en el ámbito mismo de la formación de especialistas en el campo de la salud pública, de la medicina preventiva, de la administración sanitaria, de la planificación, etc., existe una especie de reacción, una tendencia a concentrarse en el desarrollo de técnicas sofisticadas, encaminadas a tratar de utilizar al máximo los recursos ya existentes, en vista de que a pesar de haberse elaborado planes de salud detallados, y muchas veces como parte integrante de los planes nacionales de desarrollo económico y social que se aprueban al más alto nivel, no se obtiene con ellos los medios suficientes para atender la creciente necesidad de expandir los servicios de salud al ritmo del incremento de la población.

En el campo de los especialistas se cae en el mismo defecto del excesivo tecnicismo, sin ahondar en la raíz misma del problema, es decir, en el conocimiento de las ciencias sociales sobre la base de un enfoque científico que permita tener una comprensión de los fundamentos del problema.

Así, se habla con frecuencia del progreso en la salud, de políticas de salud, etc., sin tomar en cuenta la necesidad de introducir cambios reales en el sistema de producción, condiciones de trabajo, en las formas de producción y reproducción de fuerza de trabajo, etc. Es decir, que se valora la situación de salud en los países únicamente por medio de indicadores que tocan el problema tangencialmente, tales como la mortalidad, el número de médicos, camas disponibles, etc., y se reduce la salud a aspectos de asistencia médica, individual o colectiva, asistencial o preventiva.

Toda esta información es válida desde el punto de vista médico, pero explica muy poco acerca de las raíces mismas que permiten alcanzar el progreso en la salud de una población. Nos referimos fundamentalmente a las estructuras económicas, políticas, sociales, culturales, etc., sin cuya adecuación, para obtener mejores niveles de vida y por consiguiente de salud para la mayoría de la población, no es posible alcanzar (1).

Por todas las razones expresadas, creemos que el contenido de la enseñanza, tanto de pregrado como de posgrado, en lo que se refiere a los problemas de salud, se debe centrar fundamentalmente en el conocimiento de los aspectos sociales, económicos, políticos y culturales, sobre la base de un conocimiento profundo de la realidad nacional que permita al profesional de las ciencias de la salud conocer la raíz misma de los problemas de salud de su país. Este conocimiento debe darse de una manera práctica e integrado realmente a los conocimientos biomédicos.

Creemos que mientras no cambien radicalmente las actividades y concepciones de los educadores de las ciencias básicas, clínicas y aun de las llamadas de medicina preventiva, nuestra labor va a ser muy superficial y no va a tener ningún impacto efectivo.

No parece pertinente transcribir a continuación los comentarios de José Carlos Mariátegui, con motivo de la celebración de la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana en Lima, en 1927: "En el Perú se constata una comprensión cada vez más amplia del problema sanitario. Venciendo las resistencias defensivas del conservantismo y la rutina de nuestras "clases ilustradas", los higienistas avanzan visiblemente en la faena de formar "conciencia sanitaria", como suele decirse. Conceptos e instituciones modernas de asistencia social comienzan a adquirir entre nosotros carta de ciudadanía. Pero, lógicamente, la propaganda y el estudio de los higienistas se sitúa en un plano específico y técnico. Y lo mismo que el

problema de la instrucción, el problema de la sanidad necesita ser examinado en sus relaciones con el medio económico y social. De otro modo, es imposible llegar a su esclarecimiento integral”.

### *Agradecimientos*

El autor agradece la valiosa colaboración de los Dres. Jorge Alarcón y Humberto Sarmiento y del Sr. Rommel Ullilén por sus valiosas sugerencias en relación con el contenido y presentación de este trabajo.

### RESUMEN

Este trabajo fue sometido a la consideración de las Jornadas Científicas de Medicina Preventiva que tuvieron lugar en 1977 en conmemoración del cincuentenario de la fundación del Instituto de Medicina Social de la Universidad Nacional de San Marcos, en Lima.

El autor hace una revisión del concepto “salud-enfermedad”, no como una técnica eminentemente médica, sino como un instrumento de análisis del complejo problema que el mismo implica, en la trama de relaciones fundamentales de la estructura socioeconómica de un país.

En la fundamentación del planteamiento del tema, analiza el desarrollo histórico de la práctica médica y de manera particular, el de la medicina preventiva.

### REFERENCIAS

- (1) Alarcón, Jorge. “Rasgos Característicos del Desarrollo de la Medicina”. Publicación del Centro de Investigación de Medicina Social, Perú.
- (2) Alarcón, Jorge. “La Medicina Social en el Perú”. Publicación No. 2 del Centro de Investigación en Medicina Social, Perú.
- (3) Basadre, Jorge. “Perú: Problema y Posibilidad”. Lima, Editorial Rosay, 1931.

---

### THE TEACHING OF THE INTEGRAL OR MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF HEALTH: BACKGROUND AND THE CURRENT SITUATION (*Summary*)

This paper was presented to the Scientific Workshop on Preventive Medicine held in 1977 in commemoration of the fiftieth anniversary of the

founding of the Institute of Social Medicine in San Marcos National University at Lima.

The author reviews the "health-disease" concept not as an eminently medical technique but as a tool for analysis of the complex problem it implies, in the web of basic relationships of the socioeconomic structure of a country.

In laying the foundation for his presentation of the subject, he analyzes the historical development of the practice of medicine and of preventive medicine in particular.

### O ENSINO DOS ASPECTOS INTEGRAIS DA SAÚDE, OU ASPECTOS MÉDICO-SOCIAIS: HISTÓRIA E SITUAÇÃO ATUAL (*Resumo*)

Este trabalho foi submetido à consideração das Jornadas Científicas de Medicina Preventiva, realizadas em 1977, em comemoração ao cinquentenário da fundação do Instituto de Medicina Social da Universidade Nacional de San Marcos, em Lima.

O autor passa em revista o conceito "saúde-doença", não como técnica eminentemente médica mas como instrumento de análise do complexo problema que o conceito implica, no conjunto de relações fundamentais da estrutura sócio-econômica de um país.

Na fundamentação da exposição do tema, analisa o desenvolvimento histórico da prática médica e, em especial, da medicina preventiva.

### L'ENSEIGNEMENT DES ASPECTS INTÉGRÉS DE LA SANTÉ OU DES ASPECTS MÉDICO-SOCIAUX: HISTORIQUE ET SITUATION ACTUELLE (*Résumé*)

Le présent travail a été soumis à l'examen des journées scientifiques de médecine préventive qui ont eu lieu en 1977 pour commémorer le cinquantenaire de la fondation de l'Institut de médecine sociale de l'Université nationale de San Marcos à Lima.

L'auteur fait une analyse du concept de la "santé-maladie" qu'il considère non pas comme une technique éminemment médicale mais bien comme un instrument d'analyse du problème complexe qu'il représente, et ce, dans le cadre des relations fondamentales de la structure socio-économique d'un pays.

Dans l'optique même du sujet, il analyse le développement historique de la pratique médicale ainsi que de la médecine préventive.

**INDEXED**

# Planificación de la enseñanza de la pediatría en la comunidad

DR. ALFREDO HIDALGO SAN MARTIN<sup>1</sup>

---

## INTRODUCCION

La enseñanza de la medicina en las últimas décadas ha venido acogiendo los principios, métodos y técnicas pedagógicas modernas y al mismo tiempo está dirigiendo su atención hacia el trabajo médico clínico-social (1 y 2).

La planificación educativa ha irrumpido al mismo tiempo como una herramienta para fijar con precisión metas y caminos a seguir, partiendo de un diagnóstico de la realidad nacional o regional.

La pediatría, área clínica fundamental, en los países de población joven y ambiente adverso, no solo no ha estado ajena a estos enfoques sino que ha asumido una labor pionera al establecer programas de salud del niño y del adolescente en cada nivel de atención, incluyendo a la comunidad misma.

En este trabajo se intenta sistematizar algunos aspectos conceptuales y metodológicos de la planificación de la enseñanza de la pediatría en la comunidad, nivel de acción donde se generan o modifican los problemas pediátricos.

## CONCEPTUALIZACION

La enseñanza de la medicina en la comunidad es el proceso de enseñanza-aprendizaje por el que pasan los estudiantes de pre o posgrado con el fin de adquirir conocimientos, habilidades y actitudes en el estudio y manejo de los problemas de salud y los factores que la condi-

---

<sup>1</sup>Asesor de Enseñanza e Investigación, Instituto Mexicano de Seguridad Social, Jalisco; Profesor de Salud Pública, Universidad de Guadalajara y ex Profesor de Salud Pública, Universidad de Chile.

cionan en relación con uno o con todos los componentes de la comunidad (individuos, familias, grupos y agregados). Esta enseñanza se realiza preferentemente en el área geográfica donde reside, se desenvuelve o trabaja la población (hogar, áreas de confluencia, escuelas, iglesias, locales, industrias, etc.) y tiene como propósito formar profesionales capacitados para proporcionar una eficiente atención de la salud con la participación de la sociedad.

Entendemos la salud como un proceso (etapas en el tiempo) inestable, definido culturalmente con mayor o menor precisión, desde el concepto de percepción de "sano" por un individuo, el grado de adaptación a su ambiente, o el de desarrollo máximo de sus potencialidades genéticas, hasta el de bienestar biopsicosocial (según la OMS). Este proceso está referido a personas, familias, grupos, comunidades, clases sociales y países, y se encuentra condicionado por el potencial genético en su relación con el ambiente físico, pero en forma fundamental por la ubicación de él o los individuos en la estructura economicosocial.

Asimismo, en relación con la salud, se adopta una posición pasiva o activa de acuerdo con las características culturales y políticas de las instituciones que prestan atención médica y el grado de participación de la comunidad que la sociedad aprueba.

Finalmente, la atención de la salud comprende la política, planes y organización que emplea una sociedad para hacer frente a las necesidades de salud de la población y que refleja en grado importante las características de la estructura economicosocial. La forma en que se realiza o no se realiza medicina en la comunidad expresa la política de una sociedad en relación con la atención de la salud y la función que desempeña la comunidad.

## ORIGEN

La medicina en la comunidad y la enseñanza de esta área se desarrollan en forma intensa en las Américas a partir del decenio de 1960, durante el cual se formulan las estrategias de desarrollo en la Carta de Punta del Este y aparece el concepto de organización y desarrollo de la comunidad. Sufren una revisión profunda durante la reforma universitaria mundial de 1968 y, de acuerdo con las condiciones sociopolíticas de las naciones del Tercer Mundo y áreas pobres de países desarrollados, van presentando formas diferentes, a veces acele-

rando el proceso de cambio social según algunos y según otros retrasándolo, especialmente donde las condiciones de la estructura económica básica no varían. Aparece, pues, la medicina de la comunidad y su enseñanza como respuesta a la explosión demográfica, a los costos prohibitivos de la tecnología médica moderna, y a las políticas y movimientos sociales.

## LA ORIENTACION DE LOS PROGRAMAS

Los programas de enseñanza, en general, deben establecer objetivos congruentes con la realidad, es decir con los problemas de salud y con las características de las instituciones formadoras de personal, aspectos todos que deben relacionarse con las características histórico-económico-sociales del país (figura 1). Al mismo tiempo deben explorar nuevas formas de enfrentar los problemas, papel crítico fundamental a cualquier institución educativa.

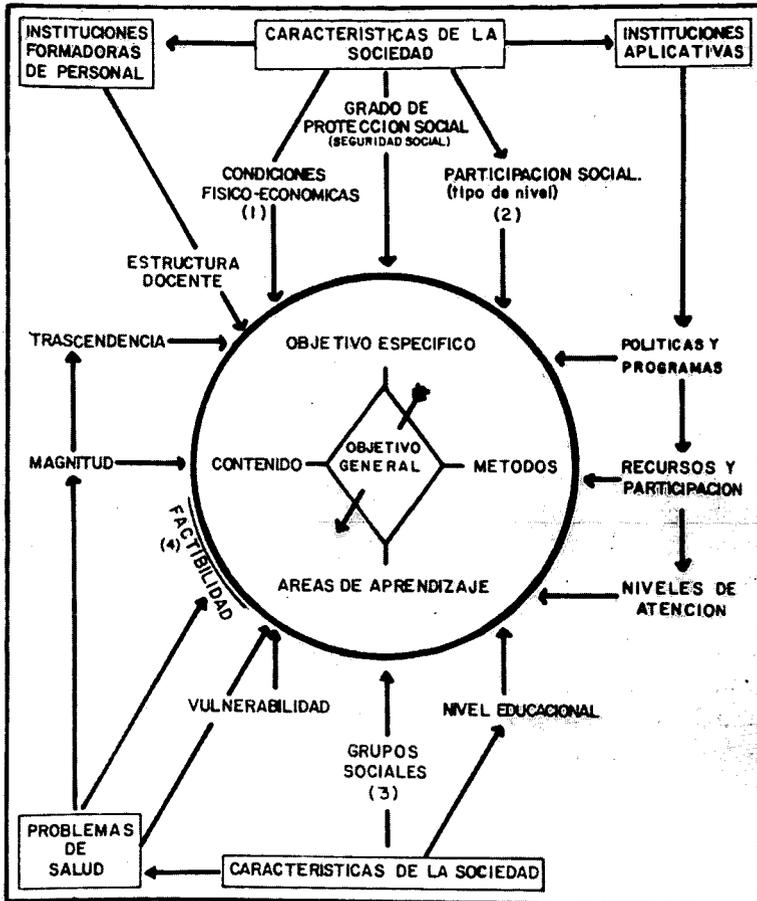
Además, en el proceso de enseñanza-aprendizaje, el profesor y el estudiante deben asumir una concepción cultural relativista, es decir, comprender y valorar las ideas, normas, y recursos de la población y buscar la aculturación o integración en salud más que la transculturación o imposición cultural. La educación, además, debe ser concientizadora, o sea, modificar las conductas a través de la comprensión y el análisis que la propia comunidad haga de los fenómenos biopsicosociales y sus causas.

## EL CAMPO DE ESTUDIO DE LA PEDIATRIA

La pediatría es el aprendizaje, estudio y manejo de la historia biopsicosocial del crecimiento y desarrollo del niño y el adolescente, así como de sus riesgos de enfermar o morir, fenómenos ligados estrechamente a las condiciones sociales en que vive y por lo tanto ligado también a la madre en el ciclo vital madre-hijo, dentro del contexto familiar, comunitario y de clase social.

Este condicionamiento socioeconómico de la salud implica además un condicionamiento cultural, ya que la conducta en salud de los familiares y del propio individuo (en cuanto al concepto de salud y enfermedad, de sus causas, percepción y reacción ante la enfermedad y la atención) será determinada por el pensamiento pseudocientífico o

Fig. 1. Modelo de estudio de la congruencia de un programa de enseñanza y la realidad.



- JEFATURA DELEGACIONAL DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION EN JALISCO
- 1.- VIVIENDA, SANEAMIENTO, CONTAMINACION.
  - 2.- PASIVO, CONSULTIVO, COLABORATIVO, DE RESPONSABILIDAD, DE DECISION.
  - 3.- ETARIOS, GEOGRAFICOS, ECONOMICOS, CULTURALES.
  - 4.- COSTO-EFECTO, RECEPTIVIDAD DE ALUMNOS, DOCENTES, FAMILIA Y COMUNIDAD.

científico que el grupo social posea y por supuesto por las necesidades derivadas de su condición economicosocial.

El futuro profesional deberá conocer y comprender y manejar todos estos aspectos si no quiere ser un extranjero en su propio pueblo.

## ESTRATEGIA DEL CAMBIO

La estrategia del cambio que debe ser planteada para lograr este aprendizaje se resume mediante:

a) la coordinación de programas básico-clínicos con los aspectos psicosociales. Por ejemplo, cursos de salud maternoinfantil en los que pediatras, ginecoobstetras y especialistas en salud pública establecen objetivos en forma conjunta y definen algunas áreas comunes.

b) el desarrollo de planes de estudios integrativos en los que las áreas del conocimiento son reemplazadas por áreas de atención (estudio y promoción de la salud comunitaria, familiar, de la pareja, del niño, el adolescente y el adulto).

## PROGRAMACION

### *Objetivos y actividades por nivel de aprendizaje*

El tipo de actividades, además, varía de acuerdo con el nivel de aprendizaje; así, mientras en el primer año se pueden conocer aspectos demográficos maternoinfantiles, en el tercero se pueden realizar programas de detección oportuna de la patología escolar, y en el posgrado educar a parejas prenupciales en el planeamiento familiar y en sus funciones.

### *Áreas físicas del aprendizaje*

La existencia de un perfil de la salud y la enfermedad y los niveles de atención en una sociedad o región obligan a que el alumno tome contacto no solo con el paciente hospitalizado y con el que acude a las consultas, sino también con la familia, grupos y agregados si quiere colaborar en la modificación de los factores de riesgo de la población.

Por lo tanto, cierta proporción de tiempo en las áreas del aprendizaje deberá variar de acuerdo con el nivel de atención donde se realice este, de manera que no se creen en forma artificial acciones asistenciales solo con carácter docente.

### *Descentralización institucional y geográfica de la enseñanza*

La concentración de los alumnos en centros de especialidad impide este tipo de aprendizaje, por lo que se deben descentralizar las activi-

dades hacia unidades urbanas y foráneas previa capacitación pedagógica e implementación local.

### *Metodología de la enseñanza en la comunidad*

*Estudio y manejo de la salud individual.* Una primera forma es el estudio y manejo de casos a partir de un paciente que acude a la consulta o que está hospitalizado. Se visita al paciente en su medio para completar un diagnóstico multicausal y orientar mejor el tratamiento o para estudiar sus contactos o conocer y reforzar el cumplimiento de las indicaciones.

*Estudio y manejo de la salud familiar.* La segunda forma es el estudio y manejo de la salud familiar, sea en familias aisladas o en grupos de familias. Comprende las etapas de diagnóstico y manejo. Es fundamental que la capacitación sea simultánea en ambos aspectos, pues solo así el estudiante siente seguridad y satisfacción al saber como hacer frente a los problemas que la familia le plantee. Deberán ser planeadas, desarrolladas y evaluadas ambas etapas con las siguientes actividades (figura 2):

Se establece una comunicación adecuada.

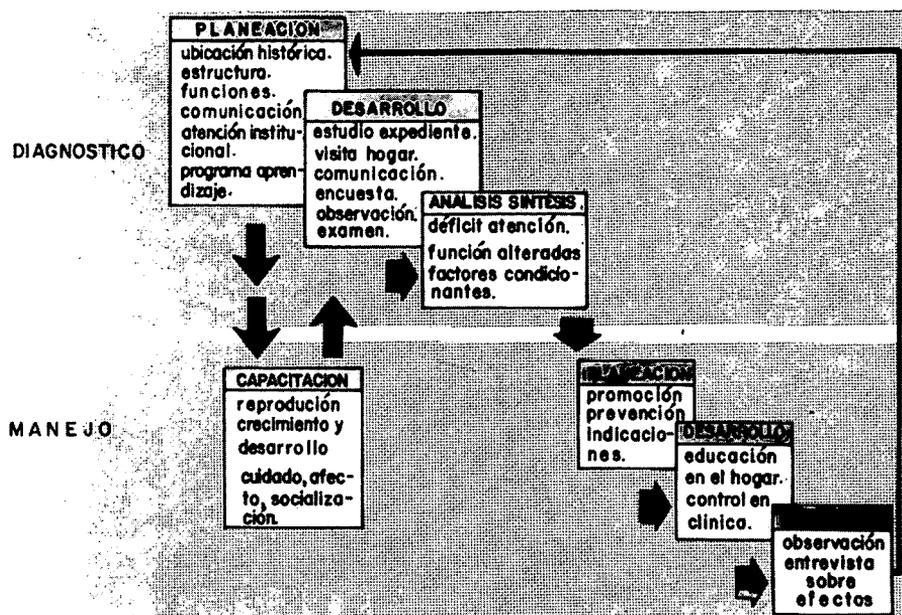
Luego conoce qué tipo de familia es (nuclear o extensa), en qué etapa del ciclo de vida familiar se encuentra (matrimonial, expansión, dispersión, independencia), ya que los problemas de salud y sus causas varían en cada caso. Después estudia las funciones de reproducción, socialización, afecto, ubicación social y cuidado o protección tanto alimentaria como de intoxicaciones y contaminación.

Continúa con una educación concientizadora, es decir no solo informa de los problemas detectados y las medidas a tomar sino de las causas de las mismas y el papel que desempeña el grupo familiar.

Presenta, por último, estas experiencias al resto de los compañeros y profesores sugiriendo los cambios a realizar para mejorar el aprendizaje.

*Estudio y manejo de la salud de grupos o instituciones.* La tercera forma es el estudio y manejo de la salud de grupos, que pueden ser comités, juntas o centros de adelanto o desarrollo, o parejas prenupciales o adolescentes de un equipo deportivo, y en forma especial guarderías, jardines infantiles y escuelas (figura 3). Las etapas de diagnóstico y manejo siguen el mismo modelo. Después de establecer la comunicación con profesores y padres, se estudia la salud del escolar en cuanto a crecimiento y desarrollo y se detecta la patología crónica

Fig. 2. Flujo de diagnóstico y manejo de la salud familiar en la comunidad.

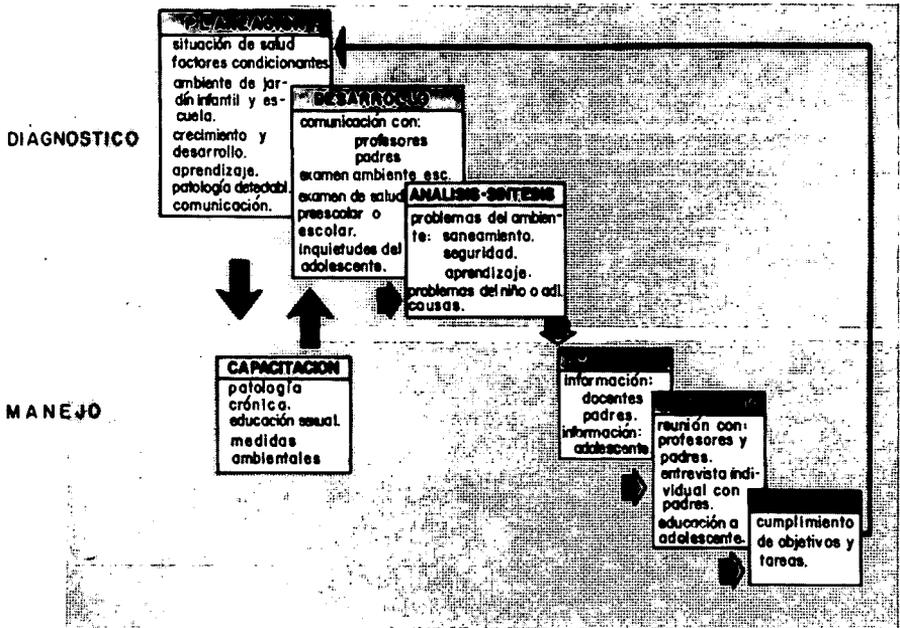


más frecuente. Además se analizan las condiciones ambientales en cuanto a seguridad, saneamiento y recreación. Finaliza informando a los padres y profesores de los resultados e indicaciones. Si las condiciones lo permiten, se comunica con los adolescentes para apoyarlos junto con el profesor en los problemas y dudas propios de su edad.

*Estudio y manejo de la salud poblacional o de agregados.* El estudiante debe ubicarse en la historia económica, sociocultural y física de su comunidad, analizando uno o más problemas de salud y participando en su manejo. En la medida en que las instituciones de salud realicen programas unidisciplinarios y en una sola entidad las prácticas reflejarán esta política, pero en algunas áreas, especialmente las rurales, existirán oportunidades de adquirir experiencias multidisciplinarias y multiinstitucionales (figura 4). Por lo tanto, el aporte del estudiante al proceso de cambio dependerá de las políticas de salud.

Las actividades pueden realizarse casa por casa, incluyendo la educación individual a través de cuentos motivadores, o en zonas de concentración, como lavanderías, mercados, iglesias o a través de los medios de comunicación masiva, como radio, periódico local, etc.

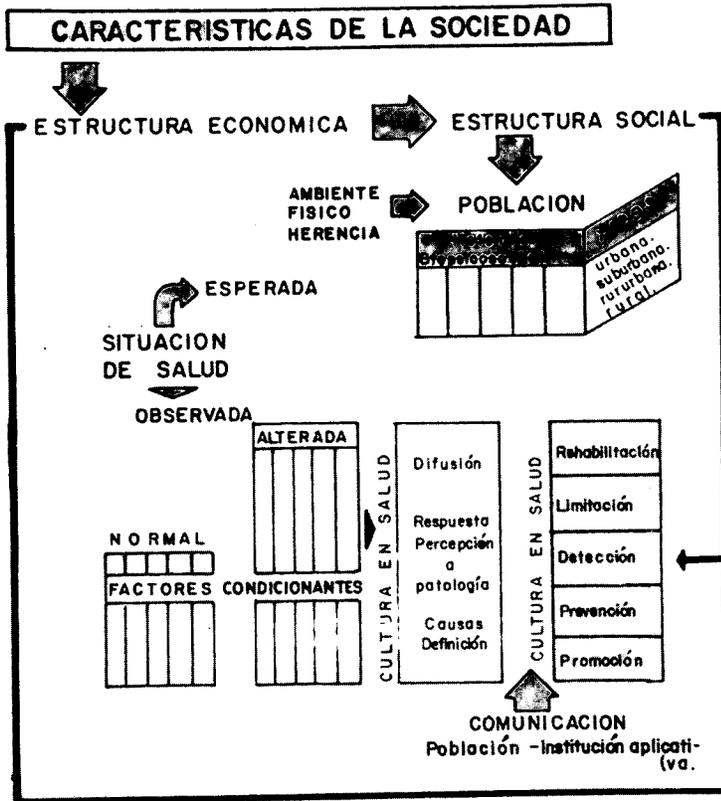
Fig. 3. Flujoograma de diagnóstico y manejo de la salud del preescolar y escolar en la comunidad.



Después de una etapa de planeamiento, se realiza el estudio de la cultura de la población, por medio de visitas a los hogares y de una encuesta para conocer los conceptos y conductas respectivas. Durante las visitas se inicia una investigación de las causas y efectos del problema en estudio y la actitud a adoptar. Se invita a la plática y luego a un sociodrama. En la plática se trata de conocer las ideas del auditorio de modo de no realizar una transculturación. El sociodrama realizado por alumnos y no actores no contiene un parlamento rígido y se hace respetando las características del auditorio. Se busca entregar algunos mensajes sencillos con situaciones habituales de la vida de la comunidad.

Luego los estudiantes con sus profesores acuden a las unidades donde las personas motivadas reciben un refuerzo educativo y después se procede a los exámenes. Los resultados son entregados personalmente para motivar en el control subsecuente. El trabajo finaliza con el análisis de los resultados por parte de alumnos y profesores. Según la clase de examen, este puede realizarse en los propios hogares. Este mismo tipo de experiencia en áreas rurales puede realizarse en jardi-

Fig. 4. Modelo de estudio y manejo de la salud en la comunidad.



nes, patios de iglesias o escuelas para la representación del sociodrama, en el que se tendrá en cuenta que el vestuario, lenguaje y temática deberán estar identificados con la cultural local.

Los resultados son altamente estimulantes cuando se observa el aprendizaje en forma recreativa y el profundo interés de la mujer especialmente en estos problemas.

Finalmente, el nivel más desarrollado de trabajo en la comunidad será aquel en que se intenta colaborar en la promoción de la salud pediátrica a través de la modificación del medio ambiente comunitario con la participación de la población en los niveles de opinión, colaboración o decisión. Esto implica la formación de promotores de salud y comités de salud que, conscientes de la necesidad de planificar el cambio ambiental, se organizan y capacitan y ejecutan las medidas

programadas. El estudiante puede asumir funciones de promotor de estas ideas o si ya estas se encuentran en desarrollo, puede incorporarse a tareas generales (por ejemplo, como pasantes) o específicas (estudiantes de clínica o residentes).

## RESUMEN

La enseñanza en medicina incluye hoy el proceso de planificación como una herramienta útil que guía el proceso de enseñanza-aprendizaje con el fin de mejorarlo.

Dentro de los programas de educación médica el trabajo de la comunidad ha adquirido creciente importancia. En él la planificación se hace indispensable. El área de pediatría constituye un excelente campo para estas actividades.

En este artículo se analiza el concepto de enseñanza de medicina en la comunidad, así como el de salud y atención de la salud, y se relaciona la aparición de este enfoque con fenómenos sociopolíticos y como respuesta a ellos.

Se define el campo de la pediatría de acuerdo con los aspectos de crecimiento y desarrollo, riesgos de enfermar y patología prevalente, así como los factores culturales y socioeconómicos que los condicionan.

Asimismo se consideran los objetivos, áreas de aprendizaje y la descentralización de las acciones, así como la metodología de la enseñanza de la comunidad a nivel individual, familiar, de las instituciones educativas, con diferentes grados de participación comunitaria.

## BIBLIOGRAFIA

Organización Panamericana de la Salud. Servicios de salud comunitarios y participación de la comunidad. Informe Final de las Discusiones Técnicas celebradas durante la XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Documento CD22/DT/1, 11 de septiembre de 1973.

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

---

## PLANNING THE TEACHING OF PEDIATRICS IN THE COMMUNITY (*Summary*)

Medical education today includes planning as a useful tool for guiding, and thereby improving, the teaching-learning process.

Community work has become increasingly important in medical education programs, and planning is essential to it. One excellent field for these activities is pediatrics.

This article analyzes the concepts of medical, health, and health care instruction in the community, and traces the emergence of this approach as a response to sociopolitical phenomena.

The pediatric field is defined in terms of growth and development, disease hazards and the prevalent pathology, and the cultural and socio-economic factors involved.

Also considered are objectives, planning areas, and operational decentralization, and the methodology of community instruction on the level of the individual, the family, and the educational institutions, with varying degrees of community participation.

### PLANEJAMENTO DO ENSINO DA PEDIATRIA NA COMUNIDADE (*Resumo*)

O ensino da medicina adota atualmente o processo de planejamento como instrumento útil que orienta, para melhorá-lo, o processo de ensino e aprendizado.

Nos programas de educação médica, o trabalho da comunidade tem adquirido importância cada vez maior. Indispensável é planejar o trabalho. A área da pediatria constitui excelente campo para essas atividades.

Analisa-se neste artigo o conceito de ensino de medicina na comunidade, bem como o de saúde e atenção em saúde, relacionando-se também o surgimento desde critério com fenômenos sócio-políticos e como reação aos mesmos.

Define-se o campo da pediatria de acordo com os aspectos de crescimento e desenvolvimento, riscos de adoecer e patologia prevalente, bem como os fatores culturais e sócio-econômicos que os condicionam.

Consideram-se ademais os objetivos, as áreas de aprendizado e a descentralização das ações, assim como a metodologia do ensino da comunidade aos níveis individual, familiar e das instituições de ensino, com diferentes graus de participação comunitária.

### LA PLANIFICATION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA PÉDIATRIE DANS LA COMMUNAUTÉ (*Résumé*)

L'enseignement de la médecine considère de nos jours le processus de planification comme un instrument utile qui guide le processus d'enseignement et d'apprentissage afin de l'améliorer.

Dans le cadre des programmes d'enseignement de la médecine, le travail

de la communauté acquiert une importance de plus en plus grande, et à cet égard, la planification devient indispensable. La pédiatrie est pour ces activités un excellent domaine.

Le présent article analyse le concept de l'enseignement de la médecine dans la communauté ainsi que celui de la santé et des soins médicaux puis lie l'apparition de cette méthode à des phénomènes socio-politiques et aux réactions y afférentes.

L'auteur définit la pédiatrie en fonction de la croissance et du développement, des risques de maladie et de la pathologie existante ainsi que des facteurs culturels et socio-économiques qui les conditionnent.

Par ailleurs, il tient compte des objectifs, des domaines d'apprentissage, de la décentralisation des actions et de la méthodologie de l'enseignement dans la communauté au niveau de l'individu, de la famille, des établissements d'enseignement et à des degrés divers de participation communautaire.

**INDEXED**

# Inquérito sobre prática médica: aplicações terapêuticas e implicações iatrogênicas

AGUINALDO GONÇALVES<sup>1</sup> E  
NEUSA NUNES DA SILVA E GONÇALVES<sup>2</sup>

---

---

## INTRODUÇÃO

As alterações sociais amplas que ocorrem no momento presente em nosso meio parecem refletir-se em controvérsias doutrinárias e programáticas vitais, extremamente inter-relacionadas e definitórias do significado e atuação de nossa prática médica: por um lado, exige-se do médico, como postura profissional, notável titulação especializada, embora nossa realidade lhe ofereça condições e recursos de diagnose de entidades nosográficas que demandam pouca elaboração, dado o predomínio de doenças infecto-contagiosas. Em decorrência, são freqüentes, mesmo em círculos universitários, indagações como: qual a formação médica a ser fornecida e a informação a ser vinculada? Devem visar a um generalista ou a um especialista, a uma atuação comunitária ou intervencionista? (12).

Além desses aspectos de mercado de trabalho e de ensino médico, destaca-se também a problemática do cliente: recorrer ao consultório particular, aos postos de previdência? (7) Às agências de saúde pública? Aos centros de medicina de grupo? Como? Em que condições?

## OBJETIVO

Contando que todas essas tendências, contradições e conflitos se atualizaram na prática terapêutica diária (1), procurou-se no inquérito ora examinado investigar e quantificar um aspecto da cul-

---

<sup>1</sup>Médico especializado em saúde pública (Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo) e pós-graduado em biociências (Instituto de Biociências, USP). Diretor Técnico Nível I, Secretaria do Estado da Saúde.

<sup>2</sup>Educadora em saúde pública (Faculdade de Saúde Pública, USP).

tura médica concretizado a todo momento em tal prática: o uso adequado de certo grupamento farmacológico—os analgésicos (excluídos corticosteróides, complexo B e a talidomida)—e o conhecimento de seus riscos iatrogênicos.

Uma vez definido tal objetivo, procurou-se entrevistar médicos em efetivo exercício da prática clínica, para saber, em relação ao grupo terapêutico estudado: 1) quais as drogas farmacológicas que usa; 2) quais usa mais (aferindo quantas vezes a mesma droga é citada sob nomes comerciais diferentes); 3) qual a distribuição preferencial de drogas; 4) qual seu conhecimento das contra-indicações e precauções das drogas que usa; e 5) qual seu conhecimento acerca das contra-indicações e precauções das drogas que usa mais.

## MATERIAL E MÉTODOS

### *Coleta de dados*

Entrevistaram-se 100 médicos de São Paulo, dos quais apenas 22 tinham quatro anos ou mais de atividade em 1976, entre docentes universitários, profissionais liberais, especialistas em medicina hospitalar, consultantes de centros de saúde, atendentes em firmas médicas convenionadas e especialistas em saúde pública.

Através de contato pessoal individualizado, foi-lhes aplicada a ficha de coleta de dados (Anexo I), cujo item 2 procurava discriminar, além da especialidade, a atividade principal desenvolvida na ocasião do inquérito, entre as alternativas supra-apresentadas. Quando não se tratava de atividade clínica, *v.g.* radiologia ou histopatologia, solicitava-se a principal atividade clínica. O item 4 relaciona 14 medicamentos do grupo terapêutico em questão, escolhidos aleatoriamente. O quadro apresentado em seguida visava aferir o conhecimento acerca de contra-indicações e precauções. A esse propósito, a Tabela 1 apresenta uma distribuição percentual das *contra-indicações* referentes a tais drogas, incadas pelos próprios laboratórios produtores em seus bulários.

O termo *Precauções e efeitos colaterais* foi aplicado a partir de seu encontro no bulário das especialidades apresentadas, onde são referidos conjunta ou isoladamente, dando a entender, através de termos bastante vagos, que as situações citadas podem esporadicamente ocorrer, como por exemplo: “utilize-se com cautela”; “se ocorrer”; “se houver suspeita”; “utilize-se com maior cautela nos indivíduos

Tabela 1. Contra-indicações mencionadas pelos próprios laboratórios produtores em seus bulários em relação às drogas estudadas, em percentuais.

Contra-indicações	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
a) Primeiro trimestre da gravidez	10	25	25	—	25	—	12,5	100
b) Úlcera péptica	10	25	25	—	25	—	12,5	—
c) Edema	10	—	—	—	—	—	—	—
d) Discrasia sanguínea	10	25	—	—	25	—	12,5	—
e) Hipersensibilidade	10	25	25	100	25	—	12,5	—
f) Alcoolismo	10	—	—	—	—	100	—	—
g) Nefropatia	10	—	—	—	—	—	12,5	—
h) Hepatopatia	10	—	—	—	—	—	12,5	—
i) Insuficiência cardíaca	10	—	—	—	—	—	—	—
j) Uso indiscriminado	10	—	25	—	—	—	—	—
k) Lactação	—	—	—	—	—	—	12,5	—

Obs.: (1) Pirazolona.

(2) Salicilatos.

(3) Anilina.

(4) Enzimas proteolíticas.

(5) Indometacina.

(6) Hidroxiprolina.

(7) Ácido propiônico.

(8) Benzidamina.

idosos, pois o avançar dos anos parece aumentar a possibilidade de reações adversas”; “outros distúrbios psíquicos”; “não existem contra-indicações”; “contudo não deverá ser administrado”; “não deve ser usado (...) a menos que, na opinião do médico, os benefícios potenciais superem os riscos potenciais”; “episódios isolados de reações adversas foram relatados em associação à administração do medicamento”; “alguns casos de...”; “posologia cuidadosa”; “o tratamento deve ser suspenso”; “é preciso considerar a possibilidade de superdosagem”; “verificação periódica”; ou a situação encontrada de, apesar de enumerar algumas afecções, acrescentar que não foi estabelecida relação com o medicamento; de sugerir controle da glicemia sem referir diretamente a ação diabetogênica; ou de, apesar de apresentar uma série de contra-indicações, acrescentar: “sem riscos de efeitos significantes”. Isso quando a responsabilidade da iatrogenia não é transferida ao médico em termos bem precisos: “é conveniente administrar, a título de experiência, uma cápsula antes do tratamento regular”; “a terapêutica deve ser feita sob vigilância do médico assistente”; “supõe-se rigoroso controle clínico”. A seguir, em alguns bulários são relatadas as condutas respectivas, como por exemplo, a realização de hemograma em relação a discrasias sanguíneas. A Tabela 2 detalha as precauções em função de cada droga, a partir de seus próprios bulários, escalonadas percentualmente. Eventualmente

Tabela 2. Precauções mencionadas pelos próprios laboratórios em seus bulários em relação às drogas estudadas, em percentuais.

Precauções	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Discrasias sanguíneas	6,25	0	—	—	3,2	—	12,5	—
Sonolência/insônia	6,25	—	50	—	3,2	—	12,5	—
Secura de boca	6,25	—	—	—	3,2	—	—	—
Alteração arterial	6,25	—	—	—	3,2	—	—	—
Dilatação pupilar	6,25	—	—	—	—	—	—	—
Taquicardia	6,25	—	—	—	—	20	—	—
Dor epigástrica, náusea	6,25	10	—	25	—	20	12,5	—
Vertigens	6,25	10	—	—	3,2	20	12,5	—
Exantemas	6,25	10	50	25	3,2	20	—	—
Edema	6,25	—	—	—	3,2	—	12,5	—
Senilidade	6,25	—	—	—	—	—	—	—
Agravamento de enfermidade aguda	6,25	—	—	—	—	—	—	—
Diabetes melitus	6,25	—	—	—	—	—	—	—
Tuberculose	6,25	—	—	—	—	—	—	—
Psicose	6,25	—	—	—	—	—	—	—
Potencia outras drogas	6,25	—	—	—	—	—	—	—
Zumbido	—	10	—	—	3,2	—	12,5	—
Surdez	—	10	—	—	3,2	—	—	—
Cefaléia	—	10	—	—	3,2	20	12,5	—
Obnubilação	—	10	—	—	—	—	12,5	—
Distúrbios de córnea e retina	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Aturdimento	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Confusão mental	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Convulsões	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Coma	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Depressão	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Despersonalização	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Anorexia	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Dor abdominal	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Diarréia	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Ulceração de esôfago	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Ulceração de intestino	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Estomatite	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Gastrite	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Icterícia	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Hematúria	—	—	—	25	3,2	—	—	—
Edema angioneurótico	—	—	—	25	3,2	—	—	—
Alopecia	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Distúrbios respiratórios agudos	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Dor orbitária e periorbitária	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Hemorragia vaginal	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Epistaxe	—	—	—	—	3,2	—	—	—
Hiperglicemia e glicosúria	—	—	—	—	3,2	—	—	—

Obs.: (1) Pirazolona.  
 (2) Salicilatos.  
 (3) Anilina.  
 (4) Enzimas proteolíticas.

(5) Indometacina.  
 (6) Hidroxiprolina.  
 (7) Acido propiônico.  
 (8) Benzidamina.

encontra-se o título *Observações*, que, modo geral, se identifica com *Precauções e efeitos colaterais*.

Tais aspectos colaterais, portanto, distanciam-se muito do que, tecnicamente, Kuschinsky e Luliman (11) consideram como tal:

- a) Ações colaterais tóxicas com sintomas específicos semelhantes aos de uma superdosagem, em que as diferenças de tolerância nos indivíduos são expressões da dispersão biológica — cujas causas não foram esclarecidas em quase nenhum caso;
- b) Idiosincrasia, isto é, não uma reação do tipo antígeno-anticorpos, como a alergia, mas uma particularidade da distribuição, como, v.g., a deficiência de G6PD (glicose-6-fosfato desidrogenase) (8);
- c) Deficiências enzimáticas em prematuros e recém-nascidos;
- d) Ações secundárias, como, por exemplo, do tipo do eritema nodoso.

#### *Tabulação de dados*

Os dados foram a seguir transportados para uma segunda ficha (Anexo II), preenchida segundo o “manual” elaborado especificamente para tal fim (Anexo III). Neste, as drogas apresentadas e citadas pelos entrevistados foram arranjadas em grupos farmacológicos, por facilidade operacional, em vista sobretudo da excessiva abundância de apresentações comerciais, confirmando mais uma vez, tantos relatos anteriores neste sentido (v.g. Murad, 13). Para tanto, utilizaram-se referências farmacológicas (6), terapêuticas (4) e contato com especialistas da área (7).

Para aferir as contra-indicações e precauções, foi atribuído o valor de 100% às citações dos próprios bulários, distribuindo-se percentualmente os diferentes graus de conhecimento a respeito por parte dos entrevistados.

## RESULTADOS

As Tabelas de 3 a 7 sintetizam as informações obtidas: as primeiras caracterizam o grupo estudado, predominantemente de médicos no primeiro lustro de atividades profissionais, exercidas aparentemente de modo uniforme nas especialidades e modalidades de atuação mais freqüentes no nosso meio e utilizando com certa freqüência o grupo farmacológico pesquisado. Já as Tabelas 6 e 7 revelam como tal grupo manipula os medicamentos em questão: a Tabela 6 é a compilação direta dos dados obtidos em relação a seu uso (se citado uma ou duas

*Tabela 3. Distribuição dos médicos entrevistados por especialidade.*

	No.
Clínica médica	54
Clínica cirúrgica	15
Clínica pediátrica	25
Sanitarista	6

*Tabela 4. Distribuição dos médicos entrevistados segundo sua principal modalidade de atuação.*

	No.
Liberal	12
I.N.P.S.	4
Saúde pública	27
Hospital geral	15
Hospital universitário	25
Convênio previdenciário	11
Médico do trabalho	4
Médico de sindicato	2

*Tabela 5. Distribuição dos médicos segundo a freqüência de uso do grupo farmacológico estudado.*

Freqüência de uso (1/...)	No.	Freqüência acumulada percentual
0	2	2,0
2	19	21,0
3	5	26,0
4	6	32,0
5	21	53,0
8	2	55,0
10	24	79,0
15	3	82,0
20	7	89,0
30	4	93,0
40	2	95,0
50	2	97,0
100	3	100,0

vezes e sua posição relativa em relação aos outros grupos) e ao conhecimento das contra-indicações e precauções (em percentuais, de acordo com o Anexo II). Uma visualização mais direta de tais dados é obtida da Tabela 7, onde se apresenta o percentual de desconhecimento de tais contra-indicações e precauções, a partir do uso referido.

Tabela 6. *Freqüência de uso e conhecimento das contra-indicações dos grupos terapêuticos pesquisados.*

	Freqüência de uso										Contra-indicações				Precauções			
	1a. citação					2a. citação					Aus.	Até 10%	Até 20%	Até 30%	Aus.	Até 10%	Até 20%	Até 30%
	Aus.	1o.	2o.	3o.	4o. ou +	Aus.	1o.	2o.	3o.	4o. ou +								
Pirazolona	21	45	20	7	7	56	18	8	8	10	38	33	6	2	40	34	4	1
Salicilatos	49	32	11	3	5	89	5	4	1	1	26	3	20	2	29	21	1	-
Anilinas	46	21	12	9	12	76	6	4	6	8	40	3	10	1	47	6	1	-
Enzimas proteolíticas	95	2	1	1	1	100	-	-	-	-	95	-	-	-	2	1	1	1
Indometacina	76	8	4	8	4	96	1	2	1	-	5	-	-	-	5	-	-	-
Acido propiônico	85	4	2	3	6	98	-	1	1	-	93	6	1	-	93	1	5	1
Benzidamina	95	2	-	2	1	100	-	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-	-

Tabela 7. *Síntese das informações de uso e desconhecimento das contra-indicações e precauções dos grupos terapêuticos pesquisados.*

Grupo terapêutico	Uso				Desconhecimento			
	1 vez		2 vezes		Contra-indicações		Precauções	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pirazolona	79	100,00	44	55,69	38	48,10	40	50,63
Anilinas	54	100,00	24	44,44	40	74,07	29	53,70
Salicilatos	51	100,00	11	21,56	26	50,98	47	92,15
Indometacina	24	100,00	4	16,66	11	45,83	11	45,83
Acido propiônico	15	100,00	2	13,33	8	53,33	8	53,33
Hidroxiprolina	5	100,00	1	20,00	5	100,00	5	100,00
Benzidamina	5	100,00	5	100,00	5	100,00	5	100,00
Enzimas proteolíticas	5	100,00	-	-	5	100,00	2	40,00

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

De pronto, sente-se que a discussão dos dados obtidos se ressentem de duas grandes limitações: a) falta de levantamentos semelhantes na literatura médica, precisando-se recorrer a alguns parâmetros mais grosseiros referidos por publicações de difusão; b) absoluta impossibilidade de extrapolação de tais dados, provenientes dos 100 médicos entrevistados, a qualquer outra fração da classe médica.

No entanto, em que pesem tais restrições, ressalta o fato de que, na melhor das hipóteses, o pior grupo de tais profissionais (o que é pouco

verossímil) refere conhecer muito pouco dos riscos iatrogênicos que potencialmente cria e/ou atualiza em sua prática diária. Daí reconhecer-se como necessidade mínima e imediata a difusão dos efeitos colaterais dos medicamentos em nosso meio, já propugnada por técnicos e intelectuais brasileiros, entre médicos, autoridades sanitárias (3) e o público em geral (10).

## RESUMO

No presente inquérito procurou-se investigar e quantificar o uso e o conhecimento dos riscos terapêuticos de certo grupamento farmacológico: os analgésicos (excluídos os corticóides, complexo B e talidomida). Para isso, entrevistaram-se 100 médicos em exercício atualmente em São Paulo, de variadas especialidades e modalidades de atuação, indagando-se-lhes a freqüência do uso e conhecimento de contra-indicações e precauções, medidas em percentuais, a partir das informações fornecidas pelos próprios laboratórios produtores.

Após processamento eletrônico dos dados obtidos, obtiveram-se resultados que corroboram a necessidade, como medida mínima e imediata a respeito, da adoção da difusão dos efeitos colaterais dos medicamentos em nosso meio para médicos, autoridades sanitárias e o público em geral.

## REFERENCIAS

- (1) Assis Pacheco, M. V. A saúde do público e os medicamentos: um problema. *Folha de São Paulo*, 19 de dezembro de 1976, p. 89.
- (2) Baptista, J. Remédio não é comida. *Movimento*, 8 de novembro de 1976, p. 10.
- (3) Brasil, Congresso Nacional, *Câmara é notícia e informação*, 30 de junho de 1977, Brasília.
- (4) Carvalho Fontes, P. B. *Index terapêutico moderno*. São Paulo, 1971, Serviços de Publicações Especializadas.
- (5) Corbett, C. E. *Elementos de farmacologia*. São Paulo, 1966, Artes Médicas.
- (6) Corbett, C. E. *Comunicação pessoal*, 1977.
- (7) Gentile de Mello, C. Oásis e miragens, 1977, *Folha de São Paulo*, 3.
- (8) Gonçalves, A. Genética em medicina—uma boa metodologia para nossa arte-ciência. *Rev Hosp Clin Univ S Paulo*, 30:463.
- (9) Gonçalves, A. Genética e saúde pública. *Saúde em debate*, 1(2).
- (10) Kucinski, B. Medicamentos. *Movimento*, 29 de novembro de 1976, p. 19.
- (11) Kuschinsky, G., e Luliman. *Manual de farmacologia*. Barcelona, 1975, Editorial Madrid.

(12) Landmann, J. Previdência social e assistência médica. *Rev Bras Med*, 33(9):297.

(13) Murad, J. E. Vinte e oito mil remédios à sua disposição. *Movimento*, 9 de agosto de 1976, p. 19.

---

*Anexo I. Ficha empregada na coleta de dados.*

1. Formado há \_\_\_\_\_ anos.
2. Atividade principal desenvolvida atualmente: \_\_\_\_\_
3. Relação da freqüência com que precisa usar medicamentos do grupo Analgésicos - Antiinflamatórios - Anti-reumáticos em sua prática médica: 1/ \_\_\_\_\_
4. Nesses casos, dá preferência a alguns dos medicamentos abaixo?

	Ordem de preferência	Contra-indicações	Precauções
Droga 1			
Droga 2			
Droga 3			
Droga 4			
Droga 5			
Droga 6			
Droga 7			
Droga 8			
Droga 9			
Droga 10			
Droga 11			
Droga 12			
Droga 13			
Droga 14			
Droga. . .			
Outras			

---



*Anexo III. Inquérito sobre prática médica: Manual de instruções para codificação na ficha de tabulação de dados.*

- 1, 2, 3 — Número do indivíduo
- 4, 5 — Anos de formado
- 6, 7 — Especialidade
  - 01 — Clínico
  - 02 — Pediatra
  - 03 — Cirurgião
  - 04 — Gineco/obstetra
  - 05 — Oftalmologista
  - 06 — Dermatologista
  - 07 — Tisiologista
  - 08 — Neurologista
  - 09 — Reumatologista
  - 10 — Geriatria
  - 11 — Sanitarista
  - 12 — Cardio-angiologista
  - 13 — Socorrista
  - 14 — Tropicalista
  - 15 — Traumato-ortopedista
- 8 — Modalidade de atuação:
  - 1 — Liberal
  - 2 — I.N.P.S.
  - 3 — Saúde Pública
  - 4 — Hospital Geral
  - 5 — Hospital Universitário
  - 6 — Convênio
  - 7 — Med. Trabalho
  - 8 — Sindicato
- 9, 10, 11 — Freqüência de uso

*Drogas citadas:*

- Pirazolona: 12 — 0 — não citou
  - 1 — 1º da lista
  - 2 — 2º da lista
  - 3 — 3º da lista
  - 4 — 4º da lista
  - 5 — 5º da lista
  - 6 — 6º da lista
  - 7 — 7º da lista
  - 8 — 8º da lista
  - 9 — 9º da lista

*Anexo III. (cont.)*

- 13 — 0 — Não citou 2 ou mais vezes  
 1 — 2° na lista  
 2 — 3° na lista  
 3 — 4° na lista  
 4 — 5° na lista  
 5 — 6° na lista  
 6 — 7° na lista  
 7 — 8° na lista  
 8 — 9° na lista  
 9 — 10° na lista
- 14 — 0 — não cita contra-indicação  
 1 — cita até 10% das contra-indicações  
 2 — cita até 20% das contra-indicações  
 3 — cita até 30% das contra-indicações  
 4 — cita até 40% das contra-indicações  
 5 — cita até 50% das contra-indicações  
 6 — cita até 60% das contra-indicações  
 7 — cita até 70% das contra-indicações  
 8 — cita até 80% das contra-indicações  
 9 — cita até 90% das contra-indicações
- 15 — 0 — não cita precauções  
 1 — cita até 10% das precauções  
 2 — cita até 20% das precauções  
 3 — cita até 30% das precauções  
 4 — cita até 40% das precauções  
 5 — cita até 50% das precauções  
 6 — cita até 60% das precauções  
 7 — cita até 70% das precauções  
 8 — cita até 80% das precauções  
 9 — cita até 90% das precauções

A.A.S. e derivados:	16 *	Anilina e derivados:	20 *
	17 **		21 **
	18 ***		22 ***
	19 ****		23 ****
Enzimas proteolíticas:	24 *	Indometacina:	28 *
	25 **		29 **
	26 ***		30 ***
	27 ****		31 ****

Anexo III. (cont.)

Hidroxirolina:	32 *	Ácido propiônico:	36 *
	33 **		37 **
	34 ***		38 ***
	35 ****		39 ****
Benzidamina:	40 *		
	41 **		
	42 ***		
	43 ****		

---

(\*) Código de acordo com coluna 12.

(\*\*) Código de acordo com coluna 13.

(\*\*\*) Código de acuerdo com coluna 14.

(\*\*\*\*) Código de acordo com coluna 15.

---

#### ENCUESTA SOBRE LA PRACTICA MEDICA; APLICACIONES TERAPEUTICAS E IMPLICACIONES IATROGENICAS (*Resumen*)

En la presente encuesta se procuró investigar y cuantificar el empleo y los conocimientos de los riesgos terapéuticos de los analgésicos. Con ese fin se entrevistaron 100 médicos en ejercicio en São Paulo, de diversas especialidades y prácticas, a los que se preguntó sobre la frecuencia del empleo de los productos, y conocimientos que tenían sobre contraindicaciones y precauciones, medidos en porcentajes con base en las informaciones proporcionadas por los propios laboratorios productores.

Los resultados obtenidos después del procesamiento electrónico de los datos permiten corroborar la necesidad de difundir, con carácter inmediato, un mayor conocimiento de los efectos colaterales de los medicamentos, entre los médicos, las autoridades de salud y del público en general.

#### SURVEY OF MEDICAL PRACTICE; THERAPEUTIC APPLICATIONS AND IATROGENIC IMPLICATIONS (*Summary*)

This survey sought to investigate and quantify the use of analgesics and the understanding of their therapeutic hazards. One hundred physicians from different fields and specialties practicing in São Paulo were queried as to the frequency of their use of these products and about their knowledge of

the contraindications and the precautions to be taken, measured in percentages on the basis of information supplied by the producing laboratories themselves.

The data were processed electronically, and the results bore out the immediate necessity of disseminating greater information on the side effects of these drugs among physicians, health authorities, and the general public.

#### ENQUÊTE SUR LA PRATIQUE MÉDICALE: APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES ET IMPLICATIONS IATROGÈNES (*Résumé*)

La présente enquête avait pour objet d'étudier et de quantifier l'emploi et les connaissances des risques thérapeutiques des analgésiques. A cette fin, on a interrogé 100 médecins en exercice à São Paulo—de différentes spécialités et pratiques—auxquels on a posé des questions sur la fréquence de l'emploi des produits et les connaissances qu'ils avaient des contre-indications et des précautions à prendre, le tout mesuré en pourcentage sur la base des données fournies par les laboratoires de production eux-mêmes.

Les résultats obtenus après le traitement électronique des données ont permis de corroborer la nécessité de diffuser immédiatement une meilleure connaissance des effets secondaires des médicaments parmi les médecins, les autorités de la santé et le grand public en général.

# Reseñas

---

## REUNION SOBRE POLITICAS DE INVESTIGACION EN SALUD EN EL AREA II

En cumplimiento de las recomendaciones del Plan Decenal de Salud, la Organización Panamericana de la Salud ha iniciado una serie de actividades tendientes a promover la formulación de políticas de investigación de salud de sus Países Miembros y a estudiar las demandas de cooperación que para el desarrollo de dichas políticas presenten los países.

Se convino en realizar una serie de reuniones de representantes del más alto nivel de los países que, constituidos en grupos de estudio correspondientes a las áreas que cubre la OPS en el Continente, pudieran abordar este importante problema.

La primera de las reuniones se celebró en San Juan del Río, Querétaro, México, del 4 al 6 de noviembre de 1977. Participaron en ella representantes de los gobiernos a nivel central o de organismos de salud, consejos o comités e institutos de investigación y centros de educación superior de los países integrantes del Area II de la OPS: Cuba, Haití, México y la República Dominicana.<sup>1</sup> También asistieron observadores de Colombia y Perú.<sup>2</sup>

La coordinación de la reunión a nivel local estuvo a cargo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México.<sup>3</sup> La OPS fue responsable del secretariado técnico.<sup>4</sup>

El temario de la reunión fue el siguiente:

1. Análisis de la situación actual de la investigación en salud en los países del Area II.
2. Formulación de recomendaciones de cada uno de los países participantes para la elaboración de políticas de investigación en salud.

---

<sup>1</sup>En representación de Cuba participaron los Dres. Alina Llop Hernández, María Amparo Pascual López, Delfina Almagro, Pablo Resik Habib y Manuel Amador García. En representación de Haití participó el Dr. Duranton Dorneus. Por México participaron los Dres. Esther Buen Abad de Márquez, Roberto Castañón Romo, Federico Chávez Peón, Guillermo S. Díaz Mejía, Jesús Díaz Oliveros, José Jesús Fonseca, Samuel García, Mariano García Viveros, José Laguna, Lucila Leal de Araujo, Jaime Martuscelli, Antonio Núñez A., Javier Ramírez Acosta, José Rodríguez Domínguez, Blanca Raquel Ordóñez, Salvador Ortiz Pérez, José Carlos Peña, Gregorio Pérez Palacios, Luis G. Rangel Rivera, Octavio Rivero Serrano, Luis Sánchez Medal, Carlos Valverde Rodríguez, Andrés G. de Wit Greene, Salvador Zubirán. Por la República Dominicana participaron los Dres. Washington Peña y Guarocuya Batista del Villar.

<sup>2</sup>El observador de Colombia fue el Dr. Aldemar Gómez Aguirre, del Ministerio de Salud, y el del Perú, el Dr. Mario Samame Boggio, del Consejo Nacional de Investigación.

<sup>3</sup>Dres. Federico Chávez Peón, Javier Ramírez Acosta y Mariano García Viveros.

<sup>4</sup>Dres. Adolfo Pérez-Miravete, Juan César García y María Isabel Rodríguez.

- Definición de líneas y programas prioritarios.
- Estructura, organización.
- Evaluación de resultados y difusión
- Financiamiento.

A nivel de: a) instituciones estatales de salud, b) instituciones educativas, c) organismos privados, y del Estado.

3. Aspectos éticos de la investigación.
4. Formación de recursos humanos para la investigación.
5. Papel de la OPS/OMS en relación con las políticas de investigación en los países miembros.

Los temas fueron abordados a través de ponencias presentadas por cada uno de los países participantes, seguidos de un período de discusión del plenario. El informe que se presenta a continuación<sup>5</sup> contiene los acuerdos fundamentales a los que se llegó durante la reunión, pero solo la lectura de los documentos presentados, y cuya lista aparece al final del informe, podrá contribuir a un mejor conocimiento de la problemática tratada.

#### INFORME FINAL

Los participantes consideraron que la investigación constituye un aspecto fundamental en el logro de mejores niveles de salud y que, por consiguiente, representa una necesidad y no puede considerarse de ninguna manera un lujo. Esto es aún de mayor trascendencia en países con menor grado de desarrollo, ya que la investigación podría llevarles a un mejor conocimiento de la realidad nacional y una más adecuada utilización de los recursos.

La investigación en salud debería ser orientada a partir de las políticas nacionales de salud y de ciencia y técnica, en base a las cuales se genere la formulación de un plan nacional que debe ser periódicamente revisado para ajustarlo a las condiciones cambiantes de salud. Dicho plan debería tomar en cuenta las necesidades en el campo de la salud, el desarrollo general de la ciencia, y las características particulares de cada país y su grado de desarrollo socioeconómico, participando en su formulación los diversos sectores involucrados.

Teniendo en cuenta que los resultados de la investigación podrían contribuir al mejoramiento de la salud, los participantes recomendaron a los Gobiernos que reconozcan su utilidad e incrementen su financiamiento.

#### *Diagnóstico en el campo de la investigación en salud*

De acuerdo con los informes presentados por los países, se constató que en

---

<sup>5</sup>Actuaron como relatores generales la Dra. Alina Llop Hernández, Directora Nacional de Investigación del Ministerio de Salud Pública de Cuba, y la Dra. Blanca Raquel Ordóñez, Directora General en Jefe de la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente, Secretaría de Salubridad y Asistencia de México.

el Area II la situación de la investigación en salud no es homogénea, lo que imposibilita en estos momentos un diagnóstico de conjunto. Esta situación está dada por la distinta estructura organizativa de los servicios de salud, la estructura socioeconómica de los países, las disponibilidades de recursos humanos y financieros para la investigación y el grado de conocimiento de los problemas de salud que confrontan.

Por lo expuesto anteriormente, se estimó recomendable la realización de un estudio con una metodología uniforme que permita establecer el diagnóstico comparativo de la investigación en salud en los países del Area. Para la consecución del objetivo planteado por esta investigación se hace necesaria la amplia participación de los Gobiernos, los organismos sectoriales de salud, los centros de educación superior y toda la comunidad científica nacional.

### *Papel del Estado*

Se considera necesario que se establezca una política nacional de investigación en salud, cuya formulación es responsabilidad del Gobierno. Para ello se requiere la creación de un órgano central (comité o consejo de investigación), que deberá tener la autoridad necesaria que le permita orientar, promover, analizar, financiar y establecer la estrategia, el diagnóstico y el pronóstico de la investigación en salud. También deberá evaluar los resultados de la investigación, propiciando su divulgación y su aplicación. Asimismo, coordinará todas las instituciones del país que realicen la investigación en salud, propiciando su perfeccionamiento y promoviendo la formación de los recursos humanos necesarios. Igualmente, ha de llevar un estricto control de todas las investigaciones que realicen grupos, instituciones o agencias de otros países en el territorio nacional.

Este órgano tendrá también la responsabilidad de que, una vez formulada la política nacional, la misma se ejecute adecuadamente. Para ello es necesaria la participación activa de la comunidad científica a través de sus representantes más destacados.

### *Las instituciones de investigación en salud*

*Instituciones de servicio e investigación.* A este nivel se hace necesario la formulación de una política institucional que responda a objetivos generales basados en la política nacional. Se deberá contar con una estructura organizativa y científico-técnica que le permita la promoción, organización, asesoría metodológica de la investigación, controlando y evaluando los resultados de la misma. Asimismo, dentro de estas instituciones deberán constituirse grupos interdisciplinarios según los problemas a investigar.

*Centros de educación superior.* La investigación en estos centros cumple dos funciones principales: por una parte, contribuir al desarrollo armónico del país, y por la otra, impulsar el desarrollo institucional promoviendo el desarrollo científico técnico del personal docente, elevando la calidad de la enseñanza y con ello incidiendo positivamente en las características de sus egresados.

Se considera fundamental fomentar el desarrollo de la investigación en estos centros, ya que es precisamente en ellos en donde se ubica una buena parte del potencial humano calificado y se dan las mejores condiciones para el desarrollo de la investigación fundamental. La presencia de cuadros de especialistas en diferentes campos del conocimiento favorecen el enfoque multidisciplinario, lo cual se considera recomendable, así como el desarrollo de actividades investigativas fuera de los recintos institucionales, de manera que se propicie el contacto directo con la realidad y las necesidades del país.

La participación de los docentes en el proceso de investigación se convierte en parte consustancial a la educación superior y ha de ser obligatoria, debiendo considerarse la docencia y la investigación como una unidad. Todo centro de educación superior deberá promover la incorporación de los estudiantes a la investigación, como parte importante del proceso de formación, contribuyendo a que este se realice en forma integral.

A los centros de educación superior corresponde el desarrollo de la investigación educacional en salud. A través de ella debe lograrse una mejoría importante en la eficiencia del proceso docente. La investigación educacional deberá convertirse en una línea de investigación obligada de estas instituciones.

Por todo lo expuesto, resulta imprescindible que los centros de educación superior (institutos y universidades) reciban amplio apoyo económico de las autoridades nacionales.

*Instituciones privadas.* En algunos países existen instituciones privadas que subsidian diversos proyectos de investigación. Solo un número reducido de estas instituciones realizan investigaciones cuyos resultados, por lo regular, las benefician directamente aun cuando se realicen en las instituciones del Gobierno.

Se estuvo de acuerdo en la necesidad de que el Gobierno oriente las investigaciones de estos grupos privados para que se integren al plan nacional de investigación en salud.

#### *Formación de recursos humanos de investigación*

Se identificó como un problema común de los países la necesidad de contar con suficientes investigadores, convenientemente preparados, que integren grupos importantes de estudio.

Por otra parte, se juzgó imprescindible que exista un constante intercambio entre investigadores que haga posible la superación mutua y la formación de consistentes masas críticas.

La participación activa del estudiantado, desde fases tempranas del proceso educativo, en los programas de investigación, posiblemente permitiría contar con profesionales con conocimientos sobre metodología científica, que actúen con propiedad en la práctica diaria y que eventualmente se conviertan en investigadores del campo de la salud.

Asimismo, se consideró indispensable que los programas de enseñanza respondan a las demandas nacionales, según lo evidencie el plan nacional de investigación en salud. Para tal fin es imperativa la coordinación e integración de unidades dedicadas a la formación de recursos humanos con las instituciones de servicio.

Se señaló la necesidad de formar técnicos medios, si no exclusivamente para la investigación, sí en número adecuado para este campo de la ciencia.

#### *Aspectos éticos de la investigación en el campo de la salud*

Se estimó indispensable disponer de normas éticas con respecto a la investigación en salud. El concepto de ética en la investigación debe tener un sentido amplio, esto es aplicado al campo integral de salud y no solo, como se acostumbra referir, a la relación médico-paciente. Uno de los aspectos importantes es el que se relaciona con el ser humano como sujeto de experimentación.

Se reconoció la importancia de que todos los países cuenten con comités, tanto a nivel nacional como institucional, que vigilen el cumplimiento de las normas éticas establecidas.

#### *Papel de la OPS/OMS*

Se discutió el papel de la OPS/OMS en relación con la promoción de la investigación en salud y la adopción de políticas nacionales, citándose como antecedente las recomendaciones del Plan Decenal de Salud para las Américas y de grupos técnicos y comités asesores de investigación de la OPS y la OMS.

Se hizo énfasis en la nueva política de cooperación técnica de los organismos internacionales que, a diferencia de la anterior de asistencia técnica, tiende a la autocalificación de los países en vías de desarrollo y propicia la cooperación entre países con problemas comunes. En este sentido, se señaló la necesidad de que la OPS/OMS cuente con un cuerpo consultivo sobre políticas de investigación, constituido por representantes de aquellas unidades que se encargan del asunto a nivel de los países.

Se destacó la importante función que podría desempeñar la OPS/OMS en

la promoción y el desarrollo de la investigación sobre servicios de salud y la formación de investigadores en este campo.

Se presentó a la reunión un informe en relación con un estudio que la OPS/OMS está llevando a cabo, con la colaboración de los países, sobre el impacto de la investigación en el campo de la salud. Este estudio pretende obtener un inventario de los recursos humanos y financieros y construir indicadores de la actividad científica. Los participantes reconocieron la importancia del estudio y expresaron todo su apoyo para el logro de los objetivos del mismo.

### *Trabajos presentados*

#### *Tema 1: Análisis de la situación actual de la investigación en salud en los países del Area II*

1. Llop Hernández, A. Investigación en Salud. Modelo Cubano de Organización. Dirección Nacional de Investigación, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba, 1977, 15 págs., 5 anexos.

2. Dorneus, D. Primera Reunión sobre Políticas de Investigación en Salud. División de Higiene Familiar, Ministerio de Salud, Haití, 1977, 5 págs.

3. Rodríguez Domínguez, J. Situación de la Investigación en Salud en México. Subsecretaría de Planeación, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1977, 17 págs.

4. Peña, Washington. Políticas de Investigación en Salud en República Dominicana. Subsecretaría de Salud Pública y Asistencia Social, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Santo Domingo, 1977, 9 págs.

#### *Tema 2: Formulación de recomendaciones sobre políticas de investigación en salud*

##### *A. A nivel de instituciones estatales de salud*

5. Pascual López, M. A. Organización, Estructura y Control de la Investigación. Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba, 1977, 22 págs.

6. Dorneus, D. Información sobre Situación en Haití, 1977.

7. Pérez Palacios, G. Definición de Líneas y Programas Prioritarios. Estructura, Organización y Evaluación de los Resultados. División y Financiamiento a Nivel de Instituciones Estatales de Salud. Instituto Nacional de la Nutrición. México, 1977, 13 págs.

##### *B. A nivel de instituciones educativas*

8. Amador García, M. La Investigación en Salud en los Centros de Educación Superior. Instituto Superior de Ciencias Médicas, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba, 1977, 22 págs.

9. Dorneus, D. Recomendaciones a Nivel de Instituciones Educativas. Ministerio de Salud, Haití, 1977.

10. Pérez Tamayo, R. Definición de Líneas y Programas Prioritarios. Estructura, Organización y Evaluación de Resultados. Difusión y Financiamiento a Nivel de Instituciones Educativas. Instituto Nacional de la Nutrición. México, 1977, 12 págs.

11. Valverde Rodríguez, C. Consideraciones Adicionales a la Ponencia de Pérez Tamayo, R. (Trabajo 10), 4 págs.

12. Batista del Villar, G. Políticas de Investigación en Salud. Los Puntos de Vista de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana, 1977, 9 págs.

C. *A nivel de organismos privados*

13. Almagro, D. Estado Actual de la Investigación en los Institutos de Investigación en Salud. Departamento Nacional de Investigación, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba, 1977, 12 págs.

14. Díaz Oliveros, J. y D. Más Navarro. La Investigación Biomédica a Nivel de Organismos Privados (Industria Farmacéutica). Instituto Sintex. México, 1977, 25 págs.

D. *A nivel del Estado*

15. Resik Habib, P. Política Estatal de Investigación en Salud en Cuba. Comité Estatal de Ciencia y Técnica. La Habana, Cuba, 1977, 24 págs.

16. Dorneus, D. Recomendaciones a Nivel del Estado. Ministerio de la Salud. Haití, 1977, 3 págs.

17. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), México. Programa Nacional de Investigación en el Área de la Salud, 1978-1982. México, 1977, 16 págs.

*Tema 3: Aspectos éticos de la investigación en salud*

18. Almagro, D., F. Verdecia, S. Arce, M. Amador García, A. Llop Hernández y M. A. Pascual. Algunas Consideraciones sobre los Aspectos Éticos de la Medicina y en Particular de la Investigación en Salud. Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba, 1977, 10 págs.

19. Dorneus, D. Aspectos Éticos de la Investigación. Haití, 1977, 3 págs.

20. Peña, J. C. La Ética de la Investigación en Humanos. CONACYT. México, 1977, 15 págs., 3 anexos.

21. Batista del Villar, G. Aspectos Éticos de la Investigación en Salud. El Caso de los Fármacos y las Transnacionales Farmacéuticas. Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, 1977, 9 págs.

*Tema 4. Formación de recursos humanos para la investigación*

22. Amador García, M. Formación de Recursos Humanos para la Investigación. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba, 1977, 25 págs.

23. Rivero Serrano, O. Formación de Recursos Humanos para la Investigación. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1977, 8 págs.

24. Leal de Araujo, L. Aportación a un Enfoque Interdisciplinario del Proceso de la Investigación en el Sector Salud. México, 1977, 14 págs.

*Tema 5: Papel de la OPS/OMS en relación con las políticas de investigación en los países miembros*

25. Pérez Miravete, A. Papel de la OPS/OMS en Relación a las Políticas Nacionales de Investigación en los Países Miembros. División de Recursos Humanos e Investigación, OPS, Washington, D.C., 1977, 13 págs.

26. García, J. C. La Colaboración de la OPS/OMS en Estudios e Indicadores de la Actividad Científica en el Campo de la Salud. División de Recursos Humanos e Investigación, OPS, Washington, D.C., 1977, 11 págs.

## COLOQUIO INTERNACIONAL DE DECANOS DE MEDICINA DE SUDAMERICA

El Coloquio se llevó a cabo en la Universidad de Chile, del 21 al 25 de noviembre de 1977. Participaron en él los decanos<sup>6</sup> de 18 facultades de medicina de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Paraguay y Venezuela, un representante de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina y funcionarios de la OPS.

El evento fue organizado por la Universidad de Chile y contó con el auspicio del Ministerio de Salud Pública de ese país, la OPS y la Asociación Chilena de Facultades de Medicina.

Durante el Coloquio se discutieron aspectos relativos a la problemática de la educación médica y en especial se analizaron los temas siguientes: selección de ingreso a las carreras de medicina y cupos, tutoría académica, currículo, formación de posgrado, y relación docente-asistencial. Asimismo se estudió la posibilidad de crear una Escuela Panamericana de Graduados.

A continuación se resumen las conclusiones a que se llegó durante el transcurso de la reunión:

### *Selección de ingreso a las carreras de medicina y cupos*

1. Se considera necesario y conveniente que exista un sistema selectivo de ingreso a la Universidad.
2. El sistema de ingreso debe aplicarse por personal técnico y especializado, y ser susceptible de ser revisado periódicamente para lograr su perfeccionamiento progresivo.
3. Las facultades de medicina deben tener un cupo prospectivo de acuerdo con las necesidades de atención médica del país, que ha de ser fijado por un organismo en el que participe la Universidad.
4. Para el sistema de selección que se establezca, se considera útil la entrevista para detectar características personales de los postulantes, las que no logran obtener-

---

<sup>6</sup>De *Argentina*: Dr. Juan Pablo Recagno Cepeda, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario; de *Bolivia*: Dr. Edmundo Moscoso, Facultad de Medicina, Universidad de Cochabamba; Dr. Benigno Valda, Facultad de Medicina, Universidad de Sucre; Dr. Jorge Ergueta, Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Andrés; de *Brasil*: Dr. Horacio Knesse de Melo, Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo; de *Colombia*: Dr. Alberto Escallón, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana; de *Chile*: Dra. Carmen Velasco, Universidad de Chile, Sede Occidente; Dr. Tulio Pizzi, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Sede Norte; Dr. Juan Allamand, Facultad de Medicina, Universidad de Valdivia; Dr. Richard Ríos, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Valdivia; Dr. Marcelo Medina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Sede Temuco; Dr. Aníbal Scarella, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Sede Valparaíso; Dr. Eduardo Cassorla, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Sede Sur; Dr. Jorge Pino, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; Dr. Plácido Flores; Dr. Pablo Casanegra, Facultad de Medicina, Universidad Católica; de *Paraguay*: Dr. Roberto Olmedo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Asunción; de *Venezuela*: Dr. Rafael Marante, Facultad de Medicina, Universidad de Barquisimeto.

se a través de procedimientos exclusivamente escritos (pruebas de conocimientos específicos en ciencias básicas y notas de enseñanza media).

5. Las facultades de medicina deberían participar en forma amplia en la elaboración de las pruebas de conocimientos específicos.

6. Las facultades de medicina podrían colaborar en un proceso de orientación hacia las carreras de la salud, dirigido a alumnos de los últimos años de educación media.

7. Para determinar el cupo de cada facultad o escuela debe considerarse, además, su capacidad docente, referida a recursos humanos y materiales.

8. Si los recursos disponibles no correspondieran a las necesidades establecidas, habría que complementarlos, tanto en tecnología educativa como en aspectos docente-asistenciales, y considerar incluso la creación de nuevas escuelas o facultades de acuerdo con las necesidades reales de atención de la salud en el país.

9. Las nuevas escuelas que se creen, deberían ser acreditadas y permanentemente controladas por organismos estatales.

10. En cuanto al número de veces que se pueda postular para ingresar a las carreras de medicina, se recomienda no limitarlo, en atención a que el ritmo de desarrollo y perfeccionamiento es individual.

11. Se recomienda no aceptar transferencias entre las carreras de la salud en ninguno de los niveles. Cualquier cambio debería hacerse a través del proceso normal establecido, con los requisitos de ingreso correspondientes.

### *Tutoría académica*

1. La adopción de un sistema de tutoría académica en las facultades de medicina parece recomendable, pero es necesario acumular mayor experiencia y establecer pautas de evaluación para conocer su rendimiento efectivo.

2. Su implantación presupone el adiestramiento adecuado del personal docente que intervendría en este sistema.

3. No se considera conveniente que en una etapa inicial ejerzan las funciones de tutores los alumnos de cursos avanzados.

4. Para cursos regulares de posgrado se estima indispensable la existencia de la tutoría académica.

### *Currículo*

La extensión del tema y la complejidad del mismo no permitieron el examen de la totalidad de los aspectos por lo que se estudiaron solo aquellos considerados como más relevantes. Hubo acuerdo en que:

1. Al diseñar el currículo se debe adoptar un modelo que asegure su dinamismo y la suficiente flexibilidad para permitir las medidas rectificadoras propuestas por los organismos competentes de las facultades.

2. Se considera aconsejable la participación de los alumnos, pero sin responsabilidad de decisión en el proceso de formulación curricular.

3. Se reconoció que era preciso reconocer como determinantes básicas las necesidades de salud de la población, la evolución de las ciencias biomédicas y tecnología, al igual que la función que previsiblemente se espera de los futuros graduados.

4. Se recomienda la participación activa de las facultades de medicina en la elaboración de las políticas de salud de sus respectivos países.

5. Se aceptó que en las actuales condiciones de desarrollo de la mayoría de las facultades representadas es aconsejable mantener un currículo rígido con programación anual.

6. Al analizar los planes de estudio y programas, la mayoría consideró que los porcentajes del total de horas asignadas a los ciclos tradicionales y disciplinas que los conforman deben reflejar objetivos educacionales precisamente definidos.

7. Se enfatizó que en la etapa de pregrado debe haber una sólida formación científica, ética, hábitos de estudio y de autoformación que capaciten al estudiante para un continuo perfeccionamiento durante su vida profesional activa.

8. Frente a la inquietud derivada del creciente desinterés de los médicos por dedicarse a disciplinas básicas y su reemplazo en este campo por otros profesionales, hubo acuerdo en la necesidad de reforzar los departamentos de ciencias básicas e impulsar su desarrollo creando los incentivos que se consideren necesarios de acuerdo con las realidades y posibilidades de cada país.

9. Se destacó que para incorporar en el estudiante valores éticos-morales no es suficiente el contacto diario con los docentes, por lo que se recomienda el desarrollo de actividades programadas.

10. Fue opinión unánime que se debe promover el contacto temprano de los alumnos con individuos sanos, enfermos, familias y la comunidad como factor de motivación y punto de partida de la integración vertical.

11. No hubo consenso sobre la incorporación en el plan de estudios de asignaturas electivas o de formación general.

12. Hubo acuerdo en destacar el valor de las actividades de enseñanza-aprendizaje extramurales y en la conveniencia de utilizar establecimientos de diversos niveles de complejidad, pero con adecuada planta física y equipamiento y sujetos a una estrecha supervisión docente.

13. Se reiteró la importancia formativa del internado con carácter obligatorio y rotativo, incluyendo las especialidades básicas. Esta práctica podrá realizarse en cualquier establecimiento, incluso de índole privada, en la medida que sea acreditado por la universidad en virtud de su nivel de eficiencia y la existencia de una planta docente adecuada.

14. Se consideró necesario aplicar y evaluar el rendimiento de nuevos métodos y técnicas audiovisuales con acento en la actividad de los alumnos.

15. Hubo unanimidad en destacar la evaluación como un proceso dinámico con carácter formativo y orientador.

16. Se recomendó que las pruebas finales de la carrera incluyan no solo contenidos de información sino también de habilidades y destrezas.

17. Se señaló la necesidad de estimular la capacitación pedagógica de los docentes para asegurar un mejor rendimiento del proceso de educación médica. En este sentido hubo unanimidad en estimular el desarrollo de las oficinas de educación médica de las distintas facultades.

### *Formación de posgrado*

1. Se entendió como tal todo proceso educativo que desarrolla la vida profesional activa. Comprende la formación de especialistas y otras actividades de actualización o de adquisición de nuevas destrezas no programadas en la etapa de pregrado.

2. Se recomienda por unanimidad impulsar la creación o reforzamiento de las estructuras universitarias existentes para la programación, desarrollo, evaluación y coordinación de estas actividades.

3. Se debatió el aspecto relativo a las becas-residencias como modalidad de elección para alcanzar el título de especialista, si bien en algunas especialidades estas no constituyen un requisito indispensable. Se afirmó y hubo acuerdo en que la formación de especialistas es función privativa de las universidades.

4. La acreditación de centros formadores se consideró como un proceso dinámico que, de acuerdo con el nivel alcanzado, puede ser parcial o total.

5. La responsabilidad de la acreditación reside en las universidades con o sin la participación de otros organismos o instituciones de acuerdo con las realidades locales.

6. Para seleccionar los programas deben considerarse: las necesidades de salud de la población; las políticas nacionales de desarrollo de recursos humanos; la necesidad de promover la formación de profesionales en especialidades en falencia, y las necesidades propias de las facultades para la renovación o refuerzo de sus cuadros docentes con especial énfasis en disciplinas básicas (carácter prioritario).

7. El título de especialistas debe ser conferido por las universidades, agrupadas o no en las asociaciones de facultades de medicina. No obstante, se estimó recomendable y conveniente llegar a un examen nacional como elemento evaluador tanto de los centros formadores como de sus egresados.

8. En cuanto a otras actividades de posgrado se reconoce la labor que desarrollan otras instituciones tales como sociedades científicas. Las universidades, al concederles su patrocinio, deben analizar los programas ofrecidos para evaluar su nivel y su orientación formativa.

### *Relación docente-asistencial*

Las conclusiones sobre este tema, que serán elaboradas posteriormente, en general reflejan un consenso sobre la oportunidad, viabilidad y conveniencia de establecer sistemas de coordinación que una vez refinados permitan llegar a una verdadera integración docente-asistencial.

# Noticias

---

## ESPECIALIDAD DE MEDICINA SOCIAL

En el Hospital General de Veracruz, que forma parte de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Veracruz, México, se ofrece una residencia para la especialidad de medicina social, con una duración de dos años. La residencia tiene por objeto colaborar en la formación de personal para dirigir servicios, administrar programas, actuar como profesores, realizar actividades de investigación en el campo de la medicina integral, en la educación médica o en la investigación de salud pública, contribuyendo así a elevar el nivel de salud de la población. Está dirigida a profesionales médicos que han realizado el internado rotatorio de posgrado. El número de participantes es de cinco. Los alumnos, al terminar la residencia recibirán un Diploma de Especialistas en Medicina Social.

El propósito especial de la residencia es capacitar médicos en los principios, procedimientos y técnicas que les permitan realizar actividades de administración, docencia e investigación, de una manera eficaz, en el campo de la salud y de la educación médica.

Al término de la residencia los médicos serán capaces de: establecer el diagnóstico de salud de una comunidad, teniendo en cuenta todos los factores condicionantes del medio; elaborar programas de salud, controlar su ejecución y evaluar sus resultados; dictar enseñanza sobre medicina social a diferentes niveles de las ciencias de la salud, y realizar investigaciones en el campo de la salud pública.

El proceso de enseñanza-aprendizaje tiene un carácter eminentemente activo, y está basado en técnicas de grupos, revisión bibliográfica y un escaso uso de conferencias. Se realizan prácticas de laboratorio y de campo en comunidades urbanas y rurales, y actividades en diversas unidades de las instituciones de atención de la salud, de enseñanza de ciencias de la salud, y de investigación.

El personal docente está constituido por profesores de la Universidad Veracruzana, de las instituciones relacionadas con la atención de la salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, etc.) y profesores invitados, nacionales o extranjeros, lo que permite cubrir todas las partes del programa.

La residencia tiene una duración de dos años. El primer año comprende tres períodos de cuatro meses cada uno, con enseñanza teórico-práctica.

En el primer cuatrimestre del primer año se incluyen enseñanzas sobre:

- Introducción general a la medicina social en México.
- La metodología científica en la investigación médica y social.
- La demografía en México.
- Estudio comparativo de la situación de salud en distintos países.
- Las ciencias sociales necesarias para el estudio de las condiciones de salud en una comunidad.
- La elaboración de guías para recoger y analizar los datos de una comunidad rural.

En el segundo cuatrimestre del primer año se ofrecen enseñanzas sobre:

- Teoría y técnica de la administración.
- Principios y métodos de epidemiología
- Principios y métodos de saneamiento ambiental y nutrición.
- Organización de la salud: estudio comparativo en distintos países, y en México.
- Los niveles de atención médica: atención médica primaria, medicina de la comunidad y programas básicos de la salud; atención médica secundaria, y atención médica terciaria.
- Estudio de una comunidad urbana a partir de la institución integral de salud.

En el tercer cuatrimestre del primer año la enseñanza incluye:

- Análisis integral de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Veracruz y de las otras instituciones.
- La participación popular en el sector salud.
- La formación de recursos humanos para la salud.

En el segundo año hay prácticas dirigidas en las áreas de dirección y administración, docencia en ciencias de la salud e investigación en salud pública, con una duración de cuatro meses en cada área.

## INNOVACIONES EN ODONTOLOGIA

Desde hace más de 15 años, los centros de formación de recursos humanos para la atención odontológica en la América Latina están realizando continuos esfuerzos para renovar los sistemas educativos en busca de un mayor impacto en términos de mejor salud oral para la población.

Con el fin de intensificar su colaboración en estas actividades, la OPS/OMS ha establecido un Programa de Innovaciones en la Enseñanza y Servicio Odontológicos que cuentan con el apoyo financiero de la Fundación W. K. Kellogg. En 1977 se instaló en Lima, Perú, en la sede de la Representación del Area IV de la Organización, una Oficina de Coordinación para el Programa. Dicha Oficina se encarga de promover el establecimiento, desarrollo y evaluación de proyectos innovadores en las escuelas de odontología y en los servicios odontológicos, y publica un boletín bimestral para alentar la comunicación entre todos los proyectos en operación y aportar información que ayude a los profesores en sus tareas de educación, servicio e investigación.

El Programa de Innovaciones reúne anualmente a los responsables de los proyectos para evaluar los avances alcanzados y planificar las actividades futuras. En la reunión celebrada en México en 1977 participaron representantes de 17 facultades de odontología de 11 países.

Las actividades del Programa se realizan en estrecha vinculación con otras que conforman el trabajo total que la Organización realiza en el campo de la salud dental.

La Fundación Kellogg también proporciona apoyo financiero a los proyectos en distintas facultades de odontología, el cual, sumado al aporte de la propia OPS/OMS, constituye un recurso importante para el avance de la odontología latinoamericana en los próximos años. En el último año las siguientes instituciones han recibido apoyo financiero y están llevando a cabo proyectos de atención odontológica y de desarrollo de recursos y tecnología: Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma Metropolitana de México; Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, de la Universidad Nacional Autónoma de México; Facultad de Odontología de la Universidad de Nuevo León, México; Programa de Estomatología de la Universidad del Valle, Cali, Colombia.

#### CURSO DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA

Entre el 15 de agosto y el 30 de septiembre de 1977 se realizó en la Universidad del Valle, Cali, Colombia, el Primer Curso Regional sobre Investigación en Enfermería, patrocinado por la División de Recursos Humanos e Investigación de la OPS/OMS. Participaron en él 11 enfermeras líderes directamente involucradas en la enseñanza y prestación de servicios, con cierta experiencia en investigación, procedentes de Brasil, Colombia, Costa Rica y Ecuador.

Como parte del Curso, las participantes prepararon cuatro proyectos de investigación relativos al desarrollo de la enfermería y a las tendencias emergentes en la prestación de servicios de salud y en la formación de personal. Estos proyectos de investigación que serán sometidos por los Gobiernos a la consideración y aprobación de un Comité de Investigación de la OPS/OMS, recibirán una subvención económica y la colaboración técnica necesaria para llevarlos a cabo.

Estas actividades tienen por objeto formar en América Latina un grupo de enfermeras preparadas para el desarrollo de investigaciones que conlleven al mejoramiento de la prestación de servicios de atención de salud y la formación de personal de enfermería para la extensión de la cobertura de los servicios.

Con este programa de cooperación de la OPS/OMS se da cumplimiento a la recomendación del Plan Decenal de Salud para las Américas relativa al establecimiento de centros para el desarrollo de tecnologías de enseñanza e investigación en enfermería.

## REUNION SOBRE ENFERMERIA COMUNITARIA Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La Reunión, que fue convocada por las Divisiones de Recursos Humanos e Investigación y de Servicios de Salud de la OPS, se celebró en la Sede de la Organización, en Washington, D.C., del 10 al 21 de octubre de 1977. Tuvo por objeto identificar los cambios que se consideren necesarios en la práctica y la enseñanza de enfermería comunitaria y atención primaria de salud, y formular estrategias para lograrlos. Participaron en este Grupo de Trabajo 32 enfermeras que se desempeñan en los campos de la enseñanza y de la prestación de servicios, con capacidad y posibilidad de introducir los cambios pertinentes en el sistema de enfermería de sus respectivos países. Estuvieron representados en él ocho países de la América Latina (Colombia, Costa Rica, Chile, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y la República Dominicana), cada uno con cuatro representantes.

La Reunión constituyó una actividad más patrocinada por la Organización para colaborar con los países, en cumplimiento del mandato de sus Cuerpos Directivos, en su empeño de extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población. Con este fin, los Gobiernos realizan el mayor esfuerzo para utilizar al máximo los recursos de enfermería y para capacitar el personal necesario que pueda aplicar medidas que mejoren la calidad de la atención de salud que se presta a las poblaciones más necesitadas de las áreas rurales y urbanas, y que permita proporcionar servicio en las áreas desprotegidas.

Según el concepto de cobertura de servicios de salud adoptado por los Ministros de Salud de las Américas en su IV Reunión Especial (septiembre de 1977), la cobertura es el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos de salud que satisfagan las necesidades de toda la población, se proporcionen en forma continua en lugares accesibles y de manera aceptable para la misma, y garanticen el acceso a los diferentes niveles de atención del sistema de servicios de salud. El personal de enfermería tiene una importante función que cumplir en la atención primaria de salud y en la extensión de la cobertura de los servicios. De ahí la necesidad que existe de capacitar a la enfermera de modo que ella pueda prestar dicha atención directamente o a través de otros agentes de los sistemas formal e informal de salud.

Durante la Reunión del Grupo de Trabajo se presentaron informes de los países sobre los progresos alcanzados en relación con la prestación de servicios de salud a la comunidad y la extensión de la cobertura. Asimismo, se analizaron, entre otros asuntos, las prioridades de los servicios de salud en América Latina, la evolución de la práctica de enfermería, el proceso de enfermería a nivel de la comunidad, los componentes para un estudio evaluativo de la comunidad y las modalidades en la práctica de enfermería comunitaria.

## Libros

---

### PUBLICACIONES DE LA OPS<sup>1</sup>

Serie de Publicaciones Científicas, 1977<sup>2</sup>

**No. 337. Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina.** (165 págs.). Precio: EUA\$2.50.

Contiene los resultados de una investigación multinacional sobre el hábito de fumar en América Latina. Se obtuvo información sobre la extensión del hábito de fumar en los grandes centros urbanos, las características sociales, culturales y demográficas más significativas de fumadores, ex fumadores y de los que nunca fumaron, así como sus creencias y actitudes. Se correlaciona esta información con ciertos tipos de morbilidad: síntomas respiratorios, incapacidad para el trabajo y ausentismo. Las ocho ciudades seleccionadas para la investigación fueron: Bogotá, Caracas, Guatemala, La Plata (Argentina), Lima, México, Santiago (Chile) y São Paulo.

**No. 338. Estudio sobre la morfología de *Simulium metallicum*, vector de la oncocercosis en Venezuela.**—Por J. Ramírez-Pérez. (143 págs.). Precio: EUA\$4.00.

Presenta una relación de las investigaciones sobre la *Onchocerca volvulus*: su descubrimiento, desarrollo y transmisión en Africa y Venezuela, y de las observaciones que llevaron a la conclusión de que la oncocercosis africana y la americana son dos afecciones diferentes en muchos aspectos y que esta última debe considerarse como una enfermedad autóctona. Se describe la morfología de la larva, pupa e imago del vector, los sistemas digestivo, circulatorio, traqueal, nervioso, muscular, reproductor y órganos anexos. Se explican los hábitos de las larvas; el proceso de la formación del capullo y la transformación en pupa, y las características morfológicas de la hembra.

---

<sup>1</sup>Estas 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 la Salud, OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

<sup>2</sup>La última lista de esta serie (Nos. 316-336) se publicó en *Educación Médica y Salud* 11 (1), 1977, págs. 93-99.

**No. 339. Intercambios placentarios en la especie humana.—Por W. L. Benedetti y O. Althabe. (62 págs.). Precio: EUA\$2.50.**

El primer capítulo trata sobre las características más sobresalientes de las circulaciones placentarias materna y fetal y las características principales de la membrana interpuesta entre ellas. El capítulo siguiente aborda el tema de las transferencias de sustancias homólogas: oxígeno, anhídrido carbónico, hidratos de carbono, proteínas, lípidos, electrólitos y agua, vitaminas y células. Más adelante se examinan los aspectos generales del transporte de drogas heterólogas y, en la última parte, se hace el análisis de la fisiopatología de los intercambios feto-maternos.

**No. 340. Formación académica de nutricionistas-dietistas en América Latina—Guía para el desarrollo de planes de estudio y programas de enseñanza. (124 págs.). Precio: EUA\$5.00.**

En esta publicación se recopilan los informes de cuatro importantes reuniones: La I Conferencia sobre Adiestramiento de Nutricionistas-Dietistas de Salud Pública (Caracas, Venezuela, 1966), que destacó las funciones y responsabilidades del profesional nutricionista-dietista y especificó las normas técnicas de enseñanza para su formación. La II Conferencia sobre Adiestramiento de Nutricionistas-Dietistas (São Paulo, Brasil, 1973), que examinó la forma en que se llevan a cabo las prácticas globales supervisadas, así como las responsabilidades y actividades de los nutricionistas-dietistas en los programas de salud; y la I y II Reuniones de la Comisión de Estudios sobre Programas Académicos en Nutrición y Dietética de América Latina (CEPANDAL) (Bogotá, Colombia, 1973 y Washington, D.C., 1974). En estas reuniones se formularon normas para la elaboración de un plan de estudios; se definieron los objetivos educacionales; se elaboró una guía para la preparación de los programas de cada disciplina y se propusieron criterios para la selección de personal docente, normas para las prácticas globales supervisadas en nutrición aplicada y en dietética institucional, y medidas para capacitar al personal auxiliar y estimular la educación continua.

**No. 341. Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe. (33 págs.). Precio: EUA\$1.00. *Publicada también en inglés.***

En esta reunión se analizaron los aspectos fundamentales para el desarrollo de los recursos humanos médicos y se formularon recomendaciones sobre la formación de estos en relación con las políticas de salud, la práctica y la atención médica, el número de alumnos, así como la creación y el funcionamiento de instituciones docentes. Se revisó la acción internacional en educación médica en América Latina y el Caribe, normas y requisitos mínimos

para la creación de nuevas escuelas de medicina, enseñanza integrada y por disciplinas, uniprofesional y multiprofesional, hospitalaria y extrahospitalaria, estructura organizativa de las escuelas, y la demanda estudiantil.

**No. 342. Leprosy: Cultivation of the Etiologic Agent; Immunology; Animal Models.** (82 págs.). Precio: EUA\$7.00.

Esta publicación contiene los trabajos y discusiones de un taller convocado por la OPS para el estudio de los problemas relacionados con la microbiología de la lepra. Los temas fundamentales del taller fueron: cultivo del agente etiológico, principalmente el *Mycobacterium leprae*; inmunología; mecanismos del huésped y desarrollo de pruebas de diagnóstico, así como antígenos y vacunas, y modelos animales para la investigación de la lepra. Se presentan los resultados de varios cultivos experimentales, en los que se consideran métodos nuevos de identificación del *M. leprae* para cultivos *in vitro*. En cuanto al estado inmunológico de los enfermos, se subraya la necesidad de mejorar los métodos para la identificación temprana de la enfermedad y se pone énfasis en el desarrollo de una vacuna segura destinada al control de la lepra. En general, los trabajos y discusiones del taller destacan el papel esencial que desempeñan los modelos animales en distintas áreas de investigación, como patogénesis, quimioterapia y vacunación, así como en estudios microbiológicos para localización de organismos; y concluyen que, hasta ahora, los animales experimentales más útiles al respecto son el ratón y el armadillo.

**No. 343. Investigação de Mortalidade na Infância no Brasil—Descobertas e atividades.** (111 págs.). Precio: EUA\$1.50.

Como resultado de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez, realizada a través de 15 proyectos en lugares ampliamente separados entre sí de las Américas, Brasil emprendió una serie de actividades para continuar la importante labor iniciada en Recife, São Paulo y Ribeirão Preto. Los artículos recopilados en esta publicación, la mayoría de los cuales fueron publicados originalmente en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, cubren diversos aspectos de la Investigación y, en la actualidad, sirven de base para nuevos programas y estudios operativos en las áreas prioritarias de salud maternoinfantil.

Este ejemplo de investigación comunitaria, realizada en Brasil en zonas geográficas de diferentes grados de desarrollo, servirá para lograr un enfoque coordinado en otros países y quizá llegue a constituir una parte integral de los programas de salud en las Américas.

El volumen consta de ocho artículos de los cuales son autores expertos y especialistas en este campo: R. Laurenti, R. M. Nunes, J. R. Teruel, U. A. Gomes, J. L. Nogueira, I. dos Santos, C. V. Serrano y R. R. Puffer.

**No. 344. IV Seminario Panamericano sobre el Control de la Lepra.** (157 págs.). Precio: EUA\$2.50.

Los trabajos presentados al Seminario se agruparon en los temas siguientes: clasificación de la lepra; avances recientes en la investigación científica leproológica, que trata de los adelantos logrados en el cultivo del *Mycobacterium leprae*; terapéutica, que analiza diversos tratamientos, duración, dosis y modo de administración, siendo la DDS la droga preferida; epidemiología, y sistemas de control de la lepra. Además, se presenta una serie de técnicas sencillas de prevención y tratamiento de las incapacidades físicas.

**No. 345. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O).** (140 págs.). Precio: EUA\$5.00. *La versión en portugués está en prensa.*

El libro constituye una ampliación del Capítulo II (Tumores) de la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que aparece como Publicación Científica 353 de esta lista. La CIE-O permite codificar todos los tumores en función de su topografía, histología y proceso evolutivo. Se procuró incluir los registros de tumores de diversas especialidades, como dermatología, pediatría, estomatología y ginecología. Contiene dos listas numéricas: una topográfica, según la localización anatómica, y otra morfológica, según el tipo histológico del tumor. Tiene además un índice alfabético de ambas listas y una lista de lesiones y afecciones pseudotumorales.

**No. 346. Métodos de control de la tuberculosis.—Por A. Rouillon, S. Perdrizet, R. Parrot y H. Waaler.** (84 págs.). Precio: EUA\$3.00.

Esta publicación incluye la versión en español de dos trabajos publicados en inglés en *Tubercle* 57 (1976) y en *Advances in Tuberculosis Research* 19 (1976). El primero trata sobre las importantes diferencias que existen en la capacidad de transmisión de varias formas de tuberculosis y cómo pueden explicarse por medio de datos cuantitativos relacionados con el comportamiento del bacilo en el hombre y el número de bacilos en las lesiones y en el esputo. Analiza cómo las drogas utilizadas profilácticamente en los grupos de alto riesgo previenen la aparición de la enfermedad, y finalmente explica por qué la reducción futura de la transmisión dependerá esencialmente de que se mantenga un sistema adecuado para el diagnóstico precoz y el tratamiento de los casos. El segundo trabajo comprende un estudio de la eficacia clínica de la vacunación BCG cuando se administra adecuadamente y bajo control, y de la utilidad de esta vacuna en circunstancias individuales.

**No. 347. Chagas Disease: Proceeding of a Symposium Held in Conjunction with the Fifth International Congress on Protozoology.** (85 págs.). Precio: EUA\$3.50.

El Quinto Congreso Internacional de Protozoología tuvo lugar en la Universidad Fordham, Nueva York, en junio de 1977. Al seleccionar a la enfermedad de Chagas como tema de un simposio, el Congreso reconoció que esta enfermedad constituye un importante problema de salud pública y una fuente constante de investigación. La publicación recoge las siete ponencias presentadas y el resumen de los temas tratados. Entre estos, cabe mencionar respecto del *Trypanosoma cruzi*: variaciones intraespecíficas, respuesta inmune y mecanismo de resistencia, quimioterapia, ecología en el insecto vector, y relación huésped-parásito a nivel celular en infecciones por *T. cruzi*.

**No. 348. El papel de la enfermera en la atención primaria de salud.** (20 págs.). Precio: EUA\$1.00. *Se publica también en inglés.*

La publicación presenta el Informe Final del Seminario sobre Nuevas Dimensiones en el Papel de la Enfermera en la Prestación de Atención Primaria que se efectuó en San José, Costa Rica, del 27 de octubre al 3 de noviembre de 1976. En el Informe se reconoce la necesidad de redefinir las funciones de la enfermera en lo tocante a la prestación de servicios primarios de salud y la posibilidad de extender dichos servicios a todos los habitantes del Hemisferio para el fin de este decenio.

**No. 349. Manual para la estandarización de registros de cáncer de hospital.** (94 págs.). Precio: EUA\$2.50.

El Manual presenta las conclusiones y recomendaciones de un grupo de expertos de la OMS que se reunieron con el fin de diseñar un modelo de ficha de registro de cáncer. Trata, esencialmente, del registro de dos tipos de información: datos fundamentales relacionados con la identificación del enfermo y con la descripción del cáncer, y datos discrecionales que son importantes para atender las necesidades de los hospitales. Los datos están clasificados por epígrafes y van acompañados de las orientaciones de definiciones pertinentes; también, se ha dejado espacio para añadir datos y sistemas de codificación locales.

**No. 350. Enterotoxigenic *Clostridium perfringens* Type A in Selected Humans: A Prevalence Study.**—Por M. J. Torres—Anjel, H. P. Riemann y C. C. Tsai. (35 págs.). Precio: EUA\$2.00.

Esta investigación se concentró en el estudio de la prevalencia del

*Clostridium perfringens* Tipo A en evacuaciones de personas asintomáticas, y la frecuencia de la enterotoxigenicidad y los métodos para examinarla. Se describe la importancia de algunas condiciones demográficas, nutricionales y gastrointestinales fisiopatológicas, y se analizan muestras de sueros para localizar anticuerpos de enterotoxina de *C. perfringens* Tipo A. Por último, se evalúa la importancia de las personas como reservorios del *C. perfringens*, en comparación con otras especies animales.

**No. 351. Publicaciones sobre nutrición recomendadas para la formación de personal de salud.** (35 págs.). Precio: EUA\$1.50.

El libro contiene la selección de material y las recomendaciones de un grupo técnico de profesionales con experiencia docente, en cuanto a libros de texto y de consulta sobre nutrición y dietética en español, inglés y portugués. La lista está destinada a utilizarse en las escuelas de medicina, enfermería, salud pública y nutrición y dietética. Consta de dos secciones: libros y publicaciones periódicas. El material está agrupado por niveles de dificultad: información básica, de nivel intermedio y avanzado sobre un tema determinado; además, se proporcionan los datos necesarios para su adquisición: título, autores, editoriales, número de páginas y precio.

**No. 352. Desnutrición, aprendizaje y comportamiento.** (38 págs.). Precio: EUA\$1.00.

Para beneficio de los países latinoamericanos, la OPS publica la versión en español de un folleto preparado por el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de E.U.A. Se examina la relación entre desnutrición, el hambre, el medio cultural y las alteraciones temporales o permanentes que estas condiciones pueden causar en la capacidad de aprendizaje o desarrollo del niño. Asimismo, las consecuencias que la desnutrición grave y prolongada durante la gestación o la primera infancia pueden producir en el crecimiento y comportamiento. Se estudian también los efectos de la deficiencia férrica y se aprecia la dificultad de cuantificar la incidencia del hambre en la niñez.

**No. 353. Clasificación Internacional de Enfermedades. Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, Novena Revisión, 1977. Vol. I.** (806 págs.). Precio: EUA\$12.00.

La Clasificación comprende la nomenclatura recomendada para la compilación y publicación de estadísticas de morbilidad y mortalidad. En consecuencia, el volumen está destinado a los servicios demográficos de los países, así como a los hospitales, clínicas, instituciones de seguro social y

otras que recopilan estadísticas de morbilidad. La Clasificación entrará en vigencia en enero de 1979 y se utilizará durante los siguientes 10 años. Entre los cambios introducidos en esta Revisión, figuran: doble clasificación de los diagnósticos en cuanto a etiología y manifestaciones; glosario de enfermedades mentales; clasificación morfológica de tumores; nuevo certificado para mortalidad perinatal, y un sistema más flexible para la tabulación de listas de morbilidad y mortalidad.

**No. 354. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales.**— Por P. N. Acha y B. Szyfres. (726 págs.). Precio: EUA\$15.00.

Este importante libro reúne los conocimientos actualizados sobre dos grupos de enfermedades transmisibles: las zoonosis propiamente dichas, o sea las que se transmiten de los animales vertebrados al hombre, y aquellas que son comunes al hombre y a los animales.

Se destacan las enfermedades que tienen mayor prevalencia en los países de América Latina y del Caribe y se las analiza en el contexto epidemiológico y ecológico de estas regiones. La descripción de la dinámica biológica y social de cada una de las enfermedades está apoyada por una bibliografía selecta y actual de valiosos trabajos de investigación y estudios realizados en varios países.

Los autores han seleccionado las 148 enfermedades que componen el volumen considerando el interés que las mismas tienen en el campo de la salud pública. Las enfermedades se agrupan en seis partes: bacteriosis, micosis, clamidiosis y rickettsiosis, virosis, protozosis y metazoosis, dividida a su vez en: trematodiasis, cestodiasis, nematodiasis, y pentastómidos y artrópodos. Para muchos de los temas se incluyen ilustraciones sobre el modo de transmisión del agente etiológico, a fin de permitir una rápida visualización del ciclo básico y de las infecciones accidentales del hombre y de otros animales.

Esta obra ofrecerá al médico, al médico veterinario, al epidemiólogo, al biólogo y al estudiante, una valiosa fuente de referencia actualizada en la que se ha reunido tanto el aspecto médico como el veterinario, a fin de ofrecer una visión global de las zoonosis. Incluye un índice analítico.

**No. 355. Ventures in World Health—The Memoirs of Fred Lowe Soper.** John Duffy (ed.). (368 págs.). Precio: EUA\$10.00. (*En prensa*).

La gran obra del Dr. Soper, uno de los importantes dirigentes de salud pública de este siglo, se recoge en estas memorias. Puesto que su labor de 50 años en el ámbito de la salud internacional sirvió de base para los programas actuales de erradicación de enfermedades, este libro será, sin duda, una fuente inapreciable para futuros historiadores. Los capítulos tratan de sus primeros estudios; el control de la anquilostomiasis en Brasil en 1920 y en Paraguay en 1923-1927; el control de la fiebre amarilla en Brasil; la Con-

ferencia Panamericana de Salud en 1935; los programas contra el *Anopheles gambiae* en Brasil y Egipto; las epidemias de tifus en Nápoles; las primeras relaciones entre la OSP y la OMS, y la erradicación del *Aedes aegypti* en América Latina y E.U.A.

## DOCUMENTOS OFICIALES

(Disponibles en español e inglés, excepto en los casos indicados)

No. 145 Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud, Duodécima Edición (126 páginas).

No. 146 XXIV Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXVIII Reunión del Comité Regional de la OMS (México, D.F., septiembre-octubre 1976). Informe Final (96 páginas, edición bilingüe).

No. 147 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo (enero-diciembre de 1976) (128 páginas).

No. 148 Proyecto de Programa y Presupuesto: OPS, 1978; OMS, 1979, y OPS, Anteproyecto, 1979 (470 páginas).

No. 149 XXIV Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas (México, D.F., septiembre-octubre de 1976). Actas resumidas (216 páginas, edición bilingüe).

No. 150 Informe Anual del Director, 1976 (223 páginas).

No. 150-A Anexo al Informe Anual del Director, 1976. Actividades por proyecto (168 páginas).

No. 151 Actas de las 77<sup>a</sup> y 78<sup>a</sup> Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS. (México, D.F., octubre de 1976 y Washington, D.C., junio de 1977) (247 páginas, edición bilingüe).

Durante 1978 se publicará en un solo volumen, en la Serie *Desarrollo de Recursos Humanos*, los siguientes informes de los Comités del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS:

Morfología (primer y segundo informes)

Bioquímica

Farmacología

Fisiología

Ciencias Fisiológicas

Microbiología (primer y segundo informes)

Parasitología

Patología (primer y segundo informes)

Pediatría

Obstetricia y Ginecología

Salud Maternoinfantil

Medicina Interna (primer y segundo informes)

Medicina Preventiva y Social (primer y segundo informes)

Cirugía

Salud Mental

### **Películas de la OMS disponibles en las Américas**

Las películas de información sanitaria de la Organización Mundial de la Salud pueden obtenerse de nuevo en la Región de las Américas, donde últimamente era difícil conseguirlas por no disponer la OMS de un sistema completo de distribución. Ahora, gracias a la selección de la firma ARIC Inc. (Arlington, Virginia, Estados Unidos), vuelve a ser fácil alquilar o comprar esas producciones.

Son muy diversos los temas de salud pública tratados en las películas, todas disponibles en 16 mm y muchas en 35 mm. En documentales se exponen las causas y el tratamiento de la esquistosomiasis, las oftalmopatías y las enfermedades cardiovasculares, mientras que en películas de dibujos sobre higiene del medio, nutrición y salud de la familia se presentan de manera sencilla importantes problemas de salud pública.

Las peticiones de películas de la OMS en la Región de las Américas deben enviarse a la siguiente dirección: ARIC Inc., P.O. Box 1207, Arlington, Virginia 22210, USA.

## INFORMACION A LOS AUTORES

*Educación médica y salud* gustosamente considerará para su publicación:

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

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

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

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

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

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

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

---

## NOTICE TO AUTHORS

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

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

# 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. Su Director es el Dr. Héctor R. Acuña.

### 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  
Surinam  
Trinidad y Tabago  
Uruguay  
Venezuela

### GOBIERNOS PARTICIPANTES

Francia

Reino de los Países Bajos

Reino Unido

### OFICINAS DE AREA

Area I, Apartado 6722  
Caracas, Venezuela

Area III, 12 Calle 6-15, Zona 9  
Guatemala, Guatemala

Area V, OPAS/OMS  
Caixa Postal 04-0229  
Brasilia, D.F., Brasil

Area II, Havre 30, 3<sup>er</sup> piso  
México, D.F., Mexico

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.

### OFICINA CENTRAL

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

## **CONTENIDO**

**NOTA EDITORIAL**

**MARCO CONCEPTUAL DE LA EDUCACION MEDICA EN LA AMERICA LATINA**

**INCORPORACION DEL HOSPITAL EN LA TECNOLOGIA MODERNA**

**ENSEÑANZA DE LOS ASPECTOS INTEGRALES DE LA SALUD O ASPECTOS MEDICO-SOCIALES: HISTORIA Y SITUACION ACTUAL**

**PLANIFICACION DE LA ENSEÑANZA DE LA PEDIATRIA EN LA COMUNIDAD**

**INQUÉRITO SOBRE PRÁTICA MÉDICA: APLICAÇÕES TERAPÊUTICAS E IMPLICAÇÕES IATROGÊNICAS**

**REUNION SOBRE POLITICAS DE INVESTIGACION EN SALUD EN EL AREA II**

**COLOQUIO INTERNACIONAL DE DECANOS DE MEDICINA DE SUDAMERICA**

**ESPECIALIDAD EN MEDICINA SOCIAL**

**INNOVACIONES EN ODONTOLOGIA**

**CURSO DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA**

**REUNION SOBRE ENFERMERIA COMUNITARIA Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

**PUBLICACIONES DE LA OPS, 1977**

