

# Educación médica y salud



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

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

ISSN 0013-1091

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

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

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

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

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

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

# Educación médica y salud

---

Volumen 14, Número 4

1980

## Artículos

- 355 La investigación en los hospitales—*Aron Nowinski y Julio C. Ripa*
- 371 Proposta de um modelo para a avaliação de prioridades na elaboração de currículo para o curso médico: área de psicologia médica e psiquiatria—*Claudio Roberto Carvalho Rodrigues e Raquel Vilela Fávero*
- 385 Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS para la Enseñanza de la Administración en Salud
- 399 Consideraciones sobre la educación continua—*Carmen Velasco Rayo*
- 407 Adiestramiento en gerencia de instituciones de salud—*Humberto de Moraes Novaes y José Roberto Ferreira*

## Crónica

- 423 Actividades de desarrollo de recursos humanos de la OPS

## Noticias

- 448 Inauguración de Escuela de Medicina en Colombia
- 449 Comisión Planificadora de Recursos Humanos en Argentina
- 450 Nueva guía para formación de personal de salud ambiental
- 453 Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina

## Libros

- 455 Publicaciones de la OPS y de la OMS
- 459 Índice de Volumen 14 (1980)

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

# La investigación en los hospitales

DR. ARON NOWINSKI<sup>1</sup> Y DR. JULIO C. RIPA<sup>2</sup>

---

---

## MARCO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES

La administración médica,<sup>3</sup> como cualquier otra disciplina científica, lleva consigo, en forma inevitable, la necesidad de investigación permanente. Solo el conocimiento científico de la realidad sanitaria y hospitalaria puede ser el fundamento desde el cual se debe partir para aplicarlo en favor de una mejor satisfacción de las necesidades de atención médica de todos y cada uno de los miembros de la comunidad a la que atienden los servicios de salud.

La integración de la investigación científica en los hospitales obliga a incursionar previamente por distintos niveles del pensamiento y la acción, desde el nivel doctrinario y político hasta el administrativo y metodológico.

La función de la investigación científica no consiste únicamente en crear conocimientos científicos sino en aplicarlos en beneficio de toda la comunidad. Si, en teoría, la ciencia debe cumplir con esa función social, en la práctica el compromiso ineludible que contrae el científico es ponerla al servicio de todos los seres humanos. Desde el momento en que se pasa del campo abstracto al concreto, el conocimiento adquiere una cualidad instrumental y se aplica a mejorar las condiciones de vida en

---

<sup>1</sup>Funcionario de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME) de la OPS, São Paulo, Brasil, y ex Director Asistente del Hospital de Clínicas de la Universidad de Uruguay, Montevideo.

<sup>2</sup>El Dr. Ripa falleció en septiembre de 1977. Fue funcionario de la OPS y Director Asistente del Hospital de Clínicas de la Universidad de Uruguay.

<sup>3</sup>La denominación administración médica designa, al mismo tiempo que la actividad considerada en sí misma, a la disciplina científica que la estudia. Nos parece más comprensiva que la denominación medicina administrativa, también utilizada para designar ambas cosas, desde el momento que lo sustantivo es administración y lo adjetivo, lo médico, campo de aplicación de la ciencia y el arte de administrar servicios de salud y facultades de medicina.

La administración médica integra superándolas a las tradicionales disciplinas de administración sanitaria y administración hospitalaria y satisface de manera integral la administración de servicios de salud y atención médica. El otro campo de aplicación, de reconocimiento más reciente, es la administración de las facultades de medicina y sus escuelas a nivel profesional.

relación con salud. El fin último de la administración es la realización de las aspiraciones humanas en el contexto social, y en el caso particular de la administración médica, es la satisfacción de una necesidad esencial y permanente como es la de vivir en estado de salud, combatir la enfermedad y sus secuelas, y salvar vidas humanas.

En este campo del conocimiento, todo fenómeno comprendido en él posee elementos de hecho y de valor. Si los hechos pertenecen a la ciencia y los criterios de medida de la ciencia administrativa se relacionan con la eficiencia de la actividad del grupo humano y la eficacia de los resultados, de los valores se ocupa la ética. Es ella la que le pone al conocimiento un signo, un sentido, una exigencia ética, pues la ciencia no puede ser neutral o indiferente ante los valores. Implica, de un modo imperativo, una polaridad axiológica fundada, por tratarse de una cualidad objetiva.

Es fácil comprender que en materia propia de la administración médica la existencia de valores y contravalores obliga a una opción, ya que no se puede permanecer indiferente frente a valores vitales, como salud y enfermedad; a valores lógicos, como lo verdadero y lo falso, lo racional y lo irracional, lo objetivo y lo subjetivo; a valores útiles, como lo conveniente y lo inconveniente, y a valores éticos, como lo digno y lo indigno, lo justo y lo injusto.

Esos valores cualitativos que comportan exigencias éticas determinan una sola forma de aplicar el conocimiento: ponerlo al servicio de la comunidad.

El culto a la verdad compromete la aplicación de la verdad científica que se logra a través de la investigación, en beneficio de la salud y el bienestar de todos. No puede ni debe entregarse un conocimiento sin responsabilizarnos del significado de su aplicación. Es la comunidad, en última instancia, quien establece el sentido y el valor de la ciencia.

Estas reflexiones respecto a la naturaleza de la investigación científica en general y de las exigencias éticas que conlleva la aplicación del conocimiento deben trasladarse en todo su alcance y significado a la investigación científica en el campo de la salud y la atención médica hospitalaria.

Los principios científico-técnicos y éticos que deben orientar el quehacer hospitalario contenidos en la doctrina de la salud y de los hospitales, y la metodología que nos permita investigar la realidad constituirán nuestra preocupación permanente para definir el marco teórico-práctico de la investigación científica en los hospitales.

Los pasos siguientes no procuran presentar la situación a un nivel nuevamente descriptivo y falsamente objetivo puesto que el hospital

moderno, al impulsar la investigación científica, debe contribuir a un conocimiento más profundo de la realidad que solo será posible en la medida en que puede brindar una visión esclarecida al determinar los factores condicionantes de la situación problemática que vive y al analizar la posibilidad de resolverla. Es la única manera de contribuir a mejorar y extender los servicios que brinda a la comunidad.

Los principios doctrinarios que inspiran la formulación de la política nacional de salud y atención médica hospitalaria constituyen una afirmación del para qué de los cambios: poner la ciencia al servicio de todos los seres humanos de nuestra sociedad.

Y la investigación que debe realizarse en el sistema nacional de salud y en su medio principal: el hospital, en la medida en que aporte un mejor conocimiento de los problemas propios de la salud y de las instituciones que la sirven, permitirá una mejor aplicación del conocimiento para construir una sociedad estructurada en interés de cada uno y para transformar el medio en que vive en beneficio de todos.

Una política elaborada y aplicada para cumplir con esa finalidad primordial exige que, a nivel de los hospitales, se conjuguen de manera armónica sus tres funciones—atención médica, educación médica e investigación médica—como tarea de todos y cada uno, creando “con la cabeza y con las manos”. Todos los que trabajan en el hospital deben asumir un compromiso consciente con su tiempo y lugar y para ello deben estar capacitados para trabajar en forma científica, desarrollando la metodología que sirva mejor a la investigación de los problemas propios del hospital. De esa manera estaremos en mejores condiciones para resolverlos.

Pero no es suficiente tomar conciencia de los problemas si no aprendemos a abordarlos en base a una metodología científica.

Si bien esta actividad compromete a todo el personal del hospital, la responsabilidad es mayor para los miembros que integran los órganos administrativos superiores (nivel normativo y ejecutivo) en las decisiones que serán necesarias adoptar en forma oportuna, incluyendo el curso de la acción, consultando recursos humanos capacitados para la investigación, y medios materiales y financieros para llevarla a cabo.

No es menor la responsabilidad del cuerpo profesional del hospital que será el encargado de llevar adelante las actividades de investigación. En él están comprendidos no solo los médicos sino todos los demás técnicos del equipo de atención médica hospitalaria y de los servicios que administran los recursos humanos, materiales y financieros.

Los miembros de la dirección, por su parte, al tener la máxima respon-

sabilidad administrativa del hospital, juegan un papel fundamental para impulsar la investigación científica en el hospital, en la medida que hayan logrado una clara y lúcida comprensión de las posibilidades de la investigación cuando está apoyada en un bagaje teórico y suficientemente apoyada por experiencias cualitativamente válidas en el manejo de la metodología científica.

La cosmovisión de la realidad del hospital que debe tener todo director le coloca en las mejores condiciones para establecer un fructífero intercambio de ideas y experiencias, capaz de problematizar su propio conocimiento en relación con la realidad concreta donde se genera y sobre la cual incide, y de analizar las consecuencias socioeconómicas de la forma en que se realizan las actividades propias del hospital. Pero sin la abstracción necesaria para formularse interrogantes capaces de ser trasladadas a hipótesis que la investigación en el terreno confirmará o rechazará, será difícil que el director de hospital pueda desempeñar el papel que se espera de él por su conocimiento global del hospital, es decir, una función catalítica reguladora de la investigación.

Su capacidad de líder se pondrá a prueba todos los días, al conducir o coordinar el esfuerzo colectivo que es necesario para desarrollar la investigación, tanto en la línea administrativa que constituye su responsabilidad específica como en la línea médica biopsicosocial. En la medida que sepa crear el clima necesario para ello, en base a su actividad ejemplarizante al trabajar en un equipo multidisciplinario, estará en condiciones de superar la tradicional dispersión creadora de franco cuño individualista que conduce al aislamiento automarginante, tan corriente en el ambiente científico-técnico de muchos hospitales. El director que es capaz de fomentar y desarrollar el diálogo fecundo que permita una mejor comunicación de los médicos con los demás profesionales de las ciencias de la salud y de otras afines, abre la senda por donde transitar para el trabajo en equipo.

Todo director de hospital tiene la obligación de desarrollar la investigación científica en su hospital, pues si bien existe una problemática común a todos los hospitales no es menos cierto que cada hospital tiene problemas propios del contexto en que está inmerso que encontrarán una mejor solución en la medida que se aplique la investigación para esclarecerlos.

Del hecho que los hospitales universitarios constituyen el ámbito por excelencia para la investigación—por la responsabilidad específica que tienen los organismos asistenciales dependientes de los organismos de educación médica en el máximo desarrollo de las funciones de educación

e investigación dentro del sistema—no puede inferirse que los demás hospitales deban ser eximidos de estas actividades. Tanto el hospital local, que representa la expresión más sencilla de la organización hospitalaria del país, como el hospital de más complejidad que no está vinculado a la facultad de ciencias de la salud, de acuerdo con sus problemas propios, deberán dedicar parte de sus recursos a la investigación para encontrar la mejor respuesta a las interrogantes que se le plantean en el desarrollo de su función social.

El propósito de toda investigación es dilucidar los problemas que nos preocupan y poner en práctica, cuanto antes, las soluciones que mejoren la situación actual.

Como ningún hospital posee recursos suficientes para atender todos los problemas de atención médica de la comunidad a la que sirve, es preciso fijar prioridades en base a criterios racionales y objetivos que jerarquicen la importancia y la urgencia de los problemas y la licitud, eficiencia y factibilidad de los medios para resolverlos. Fijar prioridades es el prerrequisito de toda política y del programa que la instrumenta; de ahí la necesidad de conocer profundamente los problemas de nuestros hospitales y hacer viable la investigación mediante las prioridades establecidas.

Adecuar el objeto de la investigación a nuestros problemas hospitalarios es revitalizar la ciencia, elaborando nuevos criterios conceptuales y medios más eficientes para medir las relaciones que existen entre los hechos que son investigados. De esa manera no trasladaremos, en forma mecánica, conceptos válidos en otras situaciones de otros países. Sin esa actitud crítica frente al conjunto de problemas que serán objeto de investigación en los hospitales, es más que probable que el esfuerzo destinado a la investigación tendrá un alto costo incompatible con el efecto social.

Para emprender las actividades de investigación en los hospitales es necesario atender tanto a los principios doctrinarios que inspiran nuestro quehacer como a la metodología que permite conocer mejor los problemas para solucionarlos. La interacción del hospital con su contexto social incluye la afirmación de aquellos valores que la doctrina sustenta. Los criterios para medir la eficacia de la investigación a desarrollar en los hospitales deberán apoyarse en los principios de eficiencia y economía que guían la administración racional, científica y humana para que la relación costo/efecto exprese que al menor precio posible se obtuvo el mayor beneficio para la comunidad a la que está dirigida todo nuestro esfuerzo.



## AREAS DE INVESTIGACION EN LOS HOSPITALES

Los problemas que se viven a diario en los hospitales pueden ubicarse en dos grandes áreas de investigación médica: la biopsicosocial y la administrativa.

*Investigación biopsicosocial*

La metodología científica aplicada al análisis y adquisición de nuevos conocimientos emergentes del fenómeno biológico y social único que denominamos salud como afirmación y enfermedad como negación, permite, además, incorporar nuevos métodos y técnicas de diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades.

Dentro de los métodos de investigación biopsicosocial, la investigación *clínica* es la que tiene mayor tradición y desarrollo en los hospitales. La duda sistemática extendida a todo lo que no ha sido probado suficientemente como actitud permanente del médico clínico, y la aplicación de un conjunto de técnicas para detectar nuevos aspectos de la salud o la enfermedad que presentan los pacientes objeto de atención médica han permitido el avance científico-técnico de la medicina en los hospitales en un grado superlativo y, de esa manera, han contribuido a un mejor servicio.

En los últimos decenios este progreso se ha acelerado por la incorporación de otros métodos de investigación científica, en particular los métodos *epidemiológicos*, que asociados a los clínicos, han logrado un conocimiento más completo de los factores ecológicos que condicionan la salud o la enfermedad de los grupos sociales servidos por el hospital y han permitido una fundamentación más sólida y firme de los programas que el hospital despliega tanto en los niveles de promoción y protección como de recuperación y rehabilitación.

La epidemiología clínica se ha constituido así en una nueva metodología de trabajo en investigación de uso creciente en los hospitales y el estudio crítico y completo a realizar de los problemas médicos ha conducido a revisar conclusiones ya aceptadas a la luz de los nuevos conocimientos aportados.

En el curso de los últimos años la investigación médica biopsicosocial ha enriquecido el conocimiento del fenómeno salud-enfermedad al incorporar los métodos de investigación *social* y abordar de manera científica los problemas medicosociales que se observan en los distintos estratos sociales de la comunidad servida por el hospital. El análisis del mosaico

cultural, social y económico ha sido muy valioso para organizar mejor los servicios de atención médica en función de las necesidades propias de los distintos grupos de usuarios pertenecientes a tales estratos y en la medida que los programas desarrollados por los hospitales para modificar la percepción y la actitud de la comunidad aplicaron los conocimientos derivados de la investigación social, se ha obtenido una cooperación más activa de la comunidad con respecto al hospital que le sirve.

De esa manera, el cuerpo de conocimientos adquiridos en forma sistemática mediante la conjunción de esos tres tipos de investigación médica ha conducido a reorientar las actividades del hospital, mejorando todas las etapas del proceso administrativo, desde la planificación hasta la evaluación. Además, ha permitido la revisión permanente de las normas técnicas de atención médica con el fin de brindar a los pacientes el mejor nivel de calidad posible y extender los servicios a toda la comunidad.

La puesta en marcha del proceso de estandarización y de registro sistemático de las actividades más relevantes ha sido una conquista reciente. Para quienes dirigen el hospital, ha constituido un instrumento imprescindible para mejorar la toma de decisiones y resolver los problemas sobre una base más racional y científica. Cada vez nos vamos alejando más de enfoques sostenidos por dogmas tan apartados como enemigos de la realidad o simplemente por el buen sentido erigido en norma de conducta administrativa dominante para resolver los problemas del hospital.

La importancia de la incorporación de racionalidad científica y de la estandarización sistemática de los registros médicos en la medida que han mejorado la calidad de la historia clínica han hecho más confiable la información de ese documento y lo ha transformado en un medio más apto para la evaluación de la calidad de atención médica que presta el hospital.

El adelanto observado con la aplicación creciente de sistemas de información más completos y exactos y el uso creciente de la metodología estadística en el análisis de los hechos asistenciales y económico-financieros que se observan en el hospital son pruebas indicadoras del valor de la investigación científica para esclarecer mejor los hechos y fortalecer la actividad administrativa en base a principios de eficiencia y economía que determinan la eficacia de los resultados.

Somos conscientes de que todavía debemos manejarnos, aunque cada vez menos, con un conjunto de principios y proverbios provenientes del buen sentido del llamado *ars administrandi* y que en él se incluye el arte de saber trabajar con datos imperfectos.

*Investigación administrativa*

La posibilidad de medir las actividades que se desarrollan en el hospital y los resultados obtenidos con ellas mediante la aplicación del método científico para mejorar y extender la atención médica a la comunidad constituye una de las preocupaciones mayores de quienes son responsables de la dirección del principal organismo de atención médica del sistema de salud.

Muy pocas organizaciones de destino social ofrecen tantas posibilidades como el hospital para el desarrollo de la investigación administrativa. A pesar de ello, en la situación actual, se observan una serie de factores limitantes para disminuir la brecha que existe entre el conocimiento aportado ya por la ciencia administrativa y sus posibilidades de aplicación en los servicios de salud y atención médica. Entre ellos se destacan, como prevalentes, los que hacen referencia a la insuficiencia de recursos humanos y financieros y a la insuficiencia de datos; como siempre el contexto de la escasez limitando el desarrollo.

En nuestra opinión, más que una limitación debe constituir un desafío. Es bien sabido que los recursos disponibles para el desarrollo de las tres funciones que cumple el hospital serán siempre insuficientes para todo lo que es posible realizar con el conocimiento científico que ya existe. También se sabe que muchas veces los planteos tácticos, acuciados por la urgencia de lo inmediato, desnaturalizan los planteamientos estratégicos, es decir que el corto plazo pasa en las decisiones en un grado tal que atenta contra el largo plazo. Es el caso concreto de entender que ante la escasez de recursos asignados para el desarrollo de las funciones del hospital la atención médica debe tener prioridad absoluta. Ese enfoque competitivo postergará siempre la investigación en los hospitales, como también la educación. Y más allá está el enfoque que considera a la investigación como una actividad superflua, innecesaria o de lujo en los hospitales.

La subestimación del valor de la investigación administrativa en los hospitales puede traer consecuencias negativas al alentar prácticas rutinarias que transforman al hospital en un organismo enfermo de burocratismo. Nadie que conozca el aporte ya logrado por la ciencia de la administración médica puede tener una actitud tan anticientífica.

La investigación administrativa en la medida que se promueve en los hospitales encontrará respuestas más precisas a las interrogantes problematizadoras de los servicios de atención médica. No es, pues, una función superflua o de lujo, sino una función necesaria, imprescindible, aun-

que muchas veces sus frutos no se puedan saborear a corto plazo. Y por ser una función tan necesaria debe ser realizada con la participación de todo el personal del hospital y a todo nivel. De ahí la necesidad de crear una actitud apta para que pueda llevarse a cabo con la cooperación motivada de todos los que sirven en el hospital. Una actitud así está ligada al desempeño eficiente de la función administrativa en un grado tal que es muy difícil señalar dónde termina la buena administración y dónde empieza la investigación.

Esa actitud que supone un alto grado de motivación en el personal es el prerrequisito para la capacitación del mismo. Ningún hospital es mejor que el personal que tiene. Y en esto la calidad del personal vale más que el número. La conquista del saber científico convierte a cada miembro del personal en dueño de los conocimientos y de las técnicas que adquiere. En ese aspecto el acto de enseñar cede al acto de aprender. Y la capacitación basada en el conocimiento objetivo de la realidad hospitalaria a través del aprendizaje del método científico en la práctica diaria es la única que puede integrar en una unidad la teoría y la praxis científica. De esa manera la actitud y la aptitud del personal harán posible un mejor servir a través de un mejor saber y hacer. En la medida en que logremos realizar esta aspiración se establecerá una mejor relación entre la medicina y la administración de los hospitales.

Es oportuno reiterar que esta responsabilidad es insoslayable para todo hospital; que la investigación administrativa deben realizarla todos sus servicios o departamentos, tanto los asistenciales como los de administración general y de recursos humanos, materiales y económico-financieros; que debe ser realizada con la participación de todo el personal, altamente motivado y con el grado de capacitación y tiempo necesarios de acuerdo con las proporciones que se hayan establecido en la asignación de los recursos para el desarrollo de las tres funciones. Al señalar que todo hospital debe realizar investigación administrativa no queremos decir que la extensión y profundidad de la misma sea igual para todos. De acuerdo con el nivel que ocupen en el sistema o red hospitalaria del país y con los problemas que se observen en la comunidad se formulará la política de investigación y se elaborará el programa-presupuesto que deberá ejecutarse. No cabe duda de que los hospitales del nivel de mayor complejidad del sistema tendrán la máxima responsabilidad en el desarrollo de los programas de investigación administrativa en base a equipos de trabajo multidisciplinario. En particular, la mayor responsabilidad será para los hospitales universitarios, tanto en el desarrollo de la investigación como en la capacitación del personal que se irradiará a todos los hospitales del sistema.

El órgano superior del sistema nacional de salud, al definir la política de salud del país, tendrá la responsabilidad de establecer, en forma clara y precisa, cuáles serán los problemas prioritarios que deben ser objeto de investigación por los hospitales, y qué recursos humanos, materiales y económico-financieros se asignarán para llevarla a la práctica.

*Tipos de investigación hospitalaria.* A continuación se enumerarán algunas líneas de investigación administrativa que convergen al logro de un mismo propósito: contribuir a la mejor atención médica posible y a la mayor extensión de los servicios a los miembros de la comunidad a la que sirve el hospital.

Si la buena administración requiere el desarrollo de la investigación científica, la vastedad de los problemas propios del hospital exige que exista un comité de investigación para impulsar y regular las actividades a través de programas-presupuesto que establezcan, de acuerdo con las prioridades, cuáles son los tipos de investigación a realizar en el área médica biopsicosocial y en el área de la administración médica.

El comité estará integrado por miembros de reconocida competencia en el campo de la investigación y por los máximos responsables de los servicios asistenciales y de administración general y de recursos humanos, materiales y económico-financieros. El director del hospital debe formar parte del comité, ya que su papel es primordial en las distintas etapas del proceso.

El comité deberá establecer los objetivos y metas de la investigación, los recursos de distinta naturaleza que se necesitarán de acuerdo con los tipos de investigación programados, los técnicos a utilizar en cada investigación, las normas de ejecución y los procedimientos de evaluación. Los fondos asignados deberán incluir los gastos de publicación de los trabajos científicos.

Las investigaciones en el área médica biopsicosocial atenderán a los problemas de salud y atención médica prevalentes en la comunidad usuaria de los servicios de acuerdo con los criterios prioritarios señalados. No nos extendemos en su consideración especial por ser los mejor conocidos.

Las investigaciones en el área de la administración médica requieren mayores comentarios porque su incorporación es reciente y son del mayor interés para los directores de hospitales en tanto son los de su responsabilidad más directa. Son ellos los que deberán jerarquizar el desarrollo de tales programas y obtener los fondos necesarios para cumplirlos.

Las líneas posibles de investigación administrativa que interesa destacar aquí pueden agruparse en los programas siguientes:

- Diseño de sistemas de información a utilizar en los servicios hospitalarios para conocer mejor las necesidades y la demanda. La nueva colección de datos informativos de ninguna manera puede representar una investigación administrativa, pero sí lo es el análisis crítico y el resumen e interpretación de los datos sistematizados y recogidos de la realidad viviente en los hospitales que permitan soluciones más eficientes y eficaces a los problemas de los servicios de atención médica.

- Aplicación de nuevas técnicas de planificación hospitalaria que, en base al sistema de información adoptado, permitan la formulación más adecuada de objetivos y metas para cada una de las funciones del hospital y una mejor utilización de los recursos para lograrlos a través de normas de organización.

- Establecimiento de normas de organización de la atención médica y de las actividades administrativas subsidiarias de ellas, con clara definición de los niveles de administración y áreas geográficas de influencias (programas de regionalización docente-asistencial), que regulen el flujo de la demanda y que asignen responsabilidades específicas a cada una de las áreas.

- Elaboración de normas de atención médica para cada nivel, ajustadas a criterios realistas en cuanto a disponibilidad y distribución racional de los recursos humanos y materiales, en función de los mayores niveles de eficiencia que es posible alcanzar.

- Adopción de técnicas de evaluación capaces de medir con mayor precisión las actividades en términos de eficiencia y los resultados en términos de eficacia, así como el grado de satisfacción que se observa en la comunidad usuaria y en el personal encargado de la prestación de servicios. Se incluyen en este grupo las técnicas de evaluación de la calidad de la atención médica.

- Aplicación de técnicas de administración de los recursos humanos y materiales, y de técnicas de registro contable y de contabilidad de costos de la atención médica que permitan obtener con el mejor nivel de atención médica, el menor esfuerzo, tiempo y costo, el mayor beneficio social para el grupo humano (personal del hospital) que genera la actividad y, en última instancia, para la comunidad destinataria de las actividades realizadas por el hospital.

En esta sumaria enumeración de campos de investigación puede comprobarse cuánto es posible investigar en todo hospital, sin que ello signifique que este se transforme en un centro de investigación. Más que el tamaño del hospital y los cuantiosos recursos que utiliza, para emprender actividades de investigación lo más importante es que exista un grupo

humano que tenga la firme voluntad de esclarecer aquellos problemas de atención médica resueltos en forma insatisfactoria y que demande mejores conocimientos o mejor aplicación de los existentes. Las situaciones que se viven a diario crean la necesidad de investigar en ese grupo que agrega a la curiosidad científica la duda metódica, la energía y la imaginación. Compartir inquietudes de esa naturaleza lleva a crear y utilizar con mayor provecho todas las oportunidades que se presentan. Contar con fondos para la investigación, por sí solo, no es condición suficiente para que la investigación se realice, sí lo es contar con personas capaces de crear el clima científico en el resto de la "colmena" humana del hospital. Y en este aspecto, volvemos a reiterarlo, el director está destinado a cumplir un papel fundamental. Tener conciencia de esa responsabilidad y asumirla a plenitud, vuelve estimulante la tarea de dirigir.

Cualquier investigación que se realice en los hospitales exige el cumplimiento estricto de una serie de *requisitos o condiciones*. En la investigación médica biopsicosocial debe atenderse al aspecto ético envuelto en toda investigación humana. Lo primero que debe evitarse es el daño al paciente objeto de investigación para evaluar la eficacia de un agente terapéutico o profiláctico. La iatrogenia hospitalaria constituye uno de los problemas que exige investigación permanente. Sea por polimedamentación, sea por inobservancia de las normas de seguridad frente a los riesgos físicos, químicos o biológicos que presenta el ambiente hospitalario, este problema no puede soslayarse jamás en un hospital que vela por la salud de sus pacientes.

El abuso de antibióticos y corticoides así como de medicación inyectable y de transfusiones de sangre o derivados y el incremento de las infecciones intrahospitalarias constituyen problemas que exigen investigación en el hospital como un todo funcionando desde el momento que están implicados muchos de sus servicios. No se trata solo del cuerpo médico y de enfermería. También otros servicios asistenciales y de administración de los recursos materiales o humanos (tales como farmacia, mantenimiento, lavandería, alimentación y dietética, etc.) pueden estar comprometidos en problemas de seguridad hospitalaria cuya magnitud y gravedad debe conocerse y cuya solución debe abordarse a la luz de la investigación.

En consecuencia, ninguna investigación en pacientes puede emprenderse sin el consentimiento de los pacientes o sus familiares. Además, existirá un alto grado de seguridad de que la administración del agente terapéutico no agravará la situación del paciente, debiendo suspenderse si existen indicios de agravamiento.

Por otra parte, todo el personal que participa en el programa de in-

vestigación humana debe estar informado del mismo, así como de las etapas de investigación nacional que lo precedieron.

La formación de dos grupos comparables: tratado y testigo o control, sometidos a criterios estadísticos en cuanto a tamaño y atributos de ambos, es otra condición necesaria.

En todos los casos deben existir conocimientos previos suficientes para apoyar el razonamiento lógico que sustenta la formulación de la hipótesis. La evaluación de los resultados debe estar abierta al rigor crítico sistemático y a la comprobación objetiva para evitar conclusiones en base a sesgos.

Si bien pueden plantearse muchos tipos de investigación médica, en cualquiera de ellos el comité de investigación o la autoridad con capacidad resolutive debe responder a las interrogantes de acuerdo con una secuencia que no puede invertirse:

a) si se justifica emprender esa investigación en base a los criterios de la importancia y urgencia, de los fines y de la licitud, eficiencia y factibilidad de los medios;

b) si el hospital está en condiciones de emprender ese tipo de investigación;

c) en qué medida puede hacerlo sin sacrificar otras funciones que no pueden relegarse jamás, como la atención médica y la educación;

d) qué fondos son necesarios para todo el programa y de dónde provienen;

e) cuál es el tiempo necesario para la investigación y en qué medida lo entregará el personal asignado a la misma (¿serán liberados de las otras funciones que deben realizar en el hospital?)

En cuanto a la investigación administrativa, debe ponerse en marcha toda vez que el análisis de los problemas de su campo demuestren una "epidemiología administrativa" que reclama soluciones más racionales, económicas y eficientes.

En el proceso de toma de decisiones, tanto de orden estratégico como táctico, se cuenta con la valiosa ayuda de una serie de elementos o técnicas que sistematizan la información y trascienden a la nueva descripción de los datos al establecer el origen de los hechos administrativos. De esa manera hacen posible la toma de decisiones con un alto grado de racionalidad y además enfocan la acción mostrando qué curso alternativo puede tomar. Se trata de la llamada *investigación operativa*, cada vez más utilizada en la investigación administrativa. Su mayor utilidad está en las etapas centrales del proceso de toma de decisiones: análisis del problema y desarrollo de soluciones alternativas posibles.



Con ella es posible demostrar factores improcedentes (nuevos datos) y procedentes (hechos), el grado de confiabilidad de la información disponible, la información adicional requerida para una decisión de mayor solidez, los recursos necesarios para cualquiera de las alternativas y el efecto que tendrán. En cambio, no puede exigírsele lo que no puede hacer, esto es ayudar en la primera etapa de la toma de decisiones: definir el problema real y los factores críticos de la situación, aquellos que son prioritarios en su tratamiento o solución, y definir las condiciones de la solución, los objetivos. En otras palabras *qué* se quiere cambiar y *porqué*. Tampoco puede decidir sobre cuál es la mejor solución ni puede hacer efectiva la decisión adoptada.

Los ejemplos de investigación operativa en el campo de la administración hospitalaria son múltiples, y resultan ilustrativos para mostrar su utilidad los que permiten el análisis del problema de almacenamiento de los miles de artículos de consumo del hospital así como los de reaprovisionamiento; el análisis del problema del reequipamiento hospitalario, en base al desgaste y depreciación; el análisis de los fenómenos de espera, etc.

## RESUMEN

Los autores opinan que todo hospital ofrece un campo sumamente fértil para el desarrollo de la investigación científica, sin que esto suponga que tenga que transformarse en un centro de investigación.

Señalan que tanto la investigación médica biopsicosocial como la administrativa deben llevarse a cabo en los hospitales en armonía con la atención médica que se presta a la comunidad y con la educación médica.

Consideran que la investigación en los hospitales constituye una actividad necesaria y que por lo tanto debe contar con personal debidamente motivado para llevarla a cabo y con recursos materiales y financieros suficientes. El director del hospital debe asumir una función fundamental para impulsar la investigación científica en el hospital.

Por último, señalan que las actividades de investigación deben ser programadas formalmente, en base a la realidad propia de cada institución y a las prioridades que se apoyen en criterios objetivos.

---

## RESEARCH IN HOSPITALS (*Summary*)

The authors regard every hospital as a fertile field for scientific research, by which they do not, however, imply that it must be converted into a research center.

They assert that both medical and biopsychosocial research and administrative research in hospitals should go forward in harmony with the medical care provided to the community and with medical education.

For them research in hospitals is a necessary activity, which should therefore be endowed with personnel motivated to conduct it and with sufficient material resources and financing. The director of the hospital has a fundamental part to play in promoting scientific research in his establishment.

They state that research work should be formally programmed on the basis of the circumstances of each institution and of priorities resting on objective criteria.

## A PESQUISA NOS HOSPITAIS (*Resumo*)

Opinam os autores que todo hospital oferece campo sumamente fértil para o desenvolvimento da investigação científica, nem por isso tendo de se transformar em centro de pesquisa.

Assinalam que tanto a pesquisa médica bio-psicossocial como a administrativa devem ser levadas a cabo nos hospitais em harmonia com a atenção médica prestada à comunidade e com a educação médica.

No seu entender, a pesquisa nos hospitais constitui uma atividade necessária que deve por isso mesmo contar com pessoal devidamente motivado para empreendê-la e com suficientes recursos materiais e financeiros. No que se refere ao impulsionamento da pesquisa científica no hospital, caberia uma função fundamental ao diretor da instituição.

Assinalam, por último, que as atividades de investigação devem ser programadas formalmente, com base na realidade própria de cada estabelecimento e em prioridades que sejam apoiadas em critérios objetivos.

## L' ENQUÊTE DANS LES HÔPITAUX (*Résumé*)

Les auteurs estiment que tout hôpital offre un terrain particulièrement fertile au déroulement de l'enquête scientifique, sans que cela suppose que l'hôpital doive se transformer en centre de recherche.

Ils font observer que l'enquête médicale biopsychosociale, comme l'enquête administrative, doit se dérouler dans les hôpitaux en harmonie avec les soins médicaux offerts à la communauté et avec les études médicales.

Ils estiment que l'enquête dans les hôpitaux constitue une activité nécessaire et qu'il lui faut de ce fait pouvoir compter sur un personnel dûment motivé pour pouvoir être menée à bonne fin, et sur des ressources matérielles et financières suffisantes. Il appartient au directeur de l'hôpital d'assumer une fonction fondamentale pour promouvoir l'enquête scientifique à l'hôpital.

Enfin, les auteurs font observer qu'il convient de programmer formellement ces activités d'enquête, compte tenu de la réalité propre à chaque institution et des priorités définies en fonction de critères objectifs.

#### **CONGRESO ARGENTINO DE TISIOLOGIA Y NEUMONIA**

Del 18 al 22 de octubre de 1981 tendrá lugar en la ciudad de Rosario, Argentina, el XVIII Congreso Argentino de Tisiología y Neumonología.

Los temas oficiales serán: epidemiología de la tuberculosis en la Argentina, elección del esquema actual del tratamiento de la tuberculosis pulmonar, neumopatías ocupacionales y traumatismos torácicos.

Se celebrarán mesas redondas sobre métodos complementarios de diagnóstico y sobre la unidad de cuidados intensivos en las enfermedades respiratorias. Asimismo, habrá actividades de posgrado en relación con los avances en fisiología respiratoria, progresos en radiología de tórax, e inmunopatología pulmonar.

Los interesados pueden dirigirse a la Secretaría del Congreso, España 931, Rosario, Argentina. El Presidente del Congreso es el Dr. Luis Nannini, y el Secretario General, el Dr. Carlos R. Salvarezza.

# Proposta de um modelo para a avaliação de prioridades na elaboração de currículo para o curso médico: área de psicologia médica e psiquiatria

CLAUDIO ROBERTO CARVALHO RODRIGUES<sup>1</sup> E  
RACHEL VILELA FÁVERO<sup>2</sup>

---

## INTRODUÇÃO

Quando comparados aos programas de desenvolvimento industrial, rural e de produção de alimentos dos países em desenvolvimento, os programas de saúde têm prioridade muito menor e, dentro destes, os de psiquiatria são os menos relevantes. Segundo Argandoña e Kiev (1), isso se deve em parte ao fato de que os distúrbios psiquiátricos frequentemente se manifestam sob formas que não são prontamente reconhecíveis e, portanto, seus significados nem sempre podem ser avaliados de imediato a partir de dados estadísticos de morbidade e mortalidade.

Dentro dos programas de saúde, ainda menor é o desenvolvimento dos estudos sobre educação médica, o que se torna mais nítido em face da grande tradição de investigação desse setor efetuada em níveis internacionais. Na América Latina onde existe, segundo García (2), grande interesse por melhoramentos e inovações no ensino de medicina preventiva e social, são poucos os estudos sobre o ensino de outras especialidades e das ciências básicas. É escassa a documentação bibliográfica sobre o ensino em psiquiatria na América Latina (3), particularmente quando se pretende averiguar a relevância que pode ter tido ou não na prática diária do profissional médico.

---

<sup>1</sup>Professor assistente do Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup>Professora adjunta do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, São Paulo, Brasil.

No Brasil, a situação não é diferente, a julgar pelo levantamento efetuado pela Divisão de Educação Médica Internacional da Associação Americana de Escolas Médicas (4), relativo ao período de 1956 a 1964, e pelo escasso número de referências a autores brasileiros no *Index Medicus*, de janeiro de 1967 a julho de 1978. Nesse período encontram-se catalogados os trabalhos de Ramos (5), Souza (6), Uchôa (7), Azulay (8), García (9), Leme-Lopes (10, 11), D'Andrea (12), Gerscovich (13), Arruda (14), e D'Andrea (15). Nos Estados Unidos, Castelnuovo-Tedesco (16) relata em 1967 que cerca de 100 trabalhos sobre educação psiquiátrica haviam sido publicados nos cinco anos anteriores, indicando o grande interesse pelo assunto na profissão.

Nas últimas décadas, houve um acúmulo de conhecimentos em psiquiatria que puderam ser formulados através de conceitos teóricos significativos, ensináveis e dinâmicos, assim com sob a forma de técnicas terapêuticas úteis na prática da medicina geral (17); mas mesmo assim, segundo os resultados obtidos através do levantamento internacional sobre ensino em psiquiatria efetuado pelo Serviço de Saúde Mental da OMS (18), os objetivos da educação nessa área ainda não estão claramente definidos.

Garcia (9) salienta que o ensino de psicologia de psiquiatria em nosso meio vem seguindo as sugestões divulgadas pela Associação Psiquiátrica Americana em uma publicação de 1956 (19). A grande maioria de nossas escolas, segundo o autor, tem seguido essas recomendações sem ter informações quanto a sua eficácia; noutras palavras, não se sabe concretamente se os objetivos propostos têm ido ao encontro das reais necessidades dos médicos formados por nossas escolas, pois não há dados suficientes para definir quais são essas necessidades.

Em relação a esses aspectos, Ziai (20) assinala que a experiência dos países desenvolvidos indica que, mesmo com os programas de estudos tradicionais modificados, não se conseguiu melhorar qualitativa nem quantitativamente a assistência médica da população. Acrescenta que, nos países em desenvolvimento, onde esses métodos tradicionais de ensino foram simplesmente copiados, sem levar em conta as circunstâncias locais, os resultados foram naturalmente catastróficos. Também a Comissão de Especialistas da OPAS/OMS (21) enfatiza que o ensino da saúde mental deve refletir sensibilidade e congruência com a realidade social dos países latino-americanos, necessidade já salientada por Bleuler (22), Lambo (23) e Seguíñ (24).

O início do ensino psiquiátrico no Brasil não foi muito defasado dos de outros países. Nos Estados Unidos, por exemplo, a educação psiquiá-

trica regular nas escolas de medicina inicio-se a partir de 1870 (25). Segundo Paim (26), as cátedras de clínica psiquiátrica em nosso país foram criadas em 1881, nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, e instaladas em 1884. Até então, o estudo das doenças mentais permanecia ligado ao de outras enfermidades, despertando o interesse particularmente dos professores de medicina legal.

O mesmo autor relata ainda que, em 1905, Juliano Moreira e Afrânio Peixoto fundavam os "Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins", e que, em 1907, era fundada a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal.

Uchôa (7) assinala que o ensino de clínica psiquiátrica na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil foi desdobrado em 1946 nos cursos de psicopatologia e psicologia científica, para o quarto ano, e de clínica psiquiátrica, para o quinto ano. Era o início do ensino de psicologia na faculdade de medicina brasileira. Em 1952, a Escola Paulista de Medicina seguia orientação semelhante (5), logo acompanhada pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que em 1956 desenvolveu o primeiro curso de psicologia médica no Brasil (27, 28).

Após a publicação em 1963 dos resultados do levantamento internacional sobre o ensino de psiquiatria e de saúde mental (18), surgiram alguns trabalhos que procuraram retratar as condições atuais do ensino de psicologia médica e psiquiatria no Brasil. Bruni (29) e Lessa e cols. (30), utilizando a mesma metodologia, observaram que, em um número razoável de escolas brasileiras, o aspecto que mais se destacava era sua grande diversidade quanto à estrutura dos serviços psiquiátricos, à orientação doutrinária, às áreas de conhecimento atingidas, aos recursos humanos e materiais, à carga horária, etc. Concluem aqueles autores que parece não existir uma boa preparação do futuro médico para enfrentar os problemas da esfera psiquiátrica, nem do ponto de vista individual, nem, muito menos, ao nível da coletividade.

Esses aspectos, que deram motivos de preocupação na década de 50 nos Estados Unidos, foram muito bem abordados pela Associação Psiquiátrica Americana (19), ao assinalar que as diferentes ênfases colocadas no ensino de psiquiatria pelas várias escolas, as dificuldades na formulação de seus conceitos e as diferentes abordagens de seu conteúdo levaram à formação de estudantes de medicina cujos conhecimentos e experiências nessa área são muito mais divergentes do que em outras áreas da educação médica. Frente a esse quadro, considerou-se essencial que os médicos saíssem das faculdades com formações psiquiátricas não apenas adequadas, mas também aproximadamente semelhantes.

Segundo a OMS (18), tal situação pode ser explicada por um desacordo fundamental quanto aos objetivos do ensino psiquiátrico destinado ao estudante de medicina.

Abordando esse mesmo tópico, Matte-Blanco (31) comenta que, quando se estudam os objetivos do ensino em psiquiatria, torna-se importante estabelecer uma clara distinção entre a formação necessária para o especialista e a que é útil para o médico geral. Acrescenta que esse ensino, até há relativamente pouco tempo, diferia da especialização mais por sua amplitude do que por seu conteúdo.

Neghme (32) reforça e amplia essas idéias afirmando que o ensino de psicologia e de psiquiatria deve objetivar não o preparo de especialistas, mas o de clínicos capazes de fazer o diagnóstico de transtornos mentais incipientes, realizar psicoterapia e farmacoterapia não especializadas e encaminhar ao psiquiatra os casos de diagnóstico duvidoso. Tais clínicos, acrescenta, devem estar habilitados para agir nos casos de urgências psiquiátricas e para assessorar e guiar as coletividades no desenvolvimento da saúde mental das populações.

Mais recentemente, a Comissão de Especialistas da OPAS/OMS (21), no relatório dos estudos sobre o ensino da saúde mental nas escolas de medicina da América Latina, assinalou a necessidade de que o futuro médico se mantenha atento para os componentes pessoais e emocionais de qualquer problema que os pacientes apresentem em sua inter-relação com a família e a comunidade; de que seja capaz de manejar os transtornos mentais de maior prevalência, de reconhecer aqueles para os quais deve indicar uma consulta psiquiátrica e o correspondente encaminhamento e de estabelecer um relacionamento empático e confiante com os seus pacientes. Aspectos muito semelhantes foram também discutidos por Jason (33).

Em que pese o valor de tais contribuições, torna-se necessário levar em conta os critérios indicados por Johnson e Snibbe (34), para a definição de objetivos educacionais mais satisfatórios.

(1) Ser derivados do consenso de muitos profissionais da saúde; e não de psiquiatras isolados ou pequenos grupos de psiquiatras;

(2) Implicar uma classificação hierárquica dos tópicos a serem abordados; e

(3) Incluir os julgamentos de médicos quanto à utilidade do conteúdo envolvido

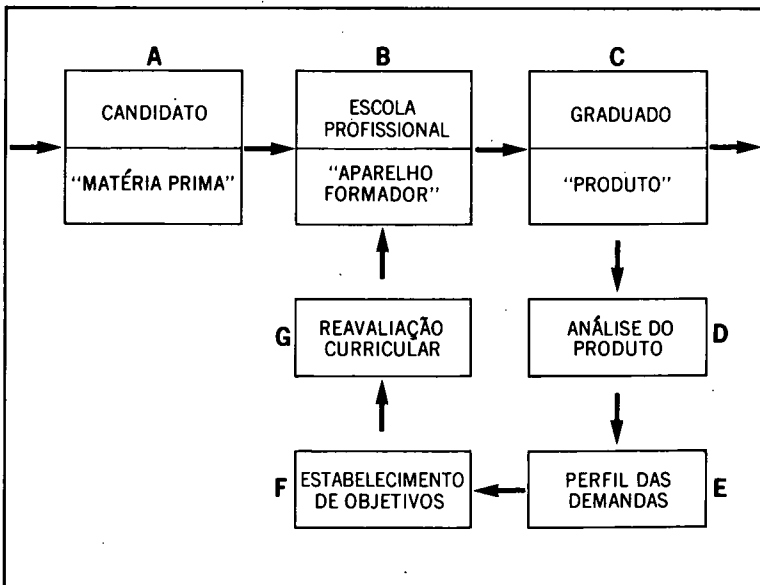
Senault (48), em 1963, já afirmava que um tratamento objetivo desse tema necessitaria de um levantamento de opiniões daqueles que lidam

diretamente com o problema, ou seja, docentes, clínicos gerais e especialistas, estudantes e representantes dos setores administrativos da saúde, bem como daqueles que poderiam ser denominados de usuários, ou seja, os pacientes. Da mesma forma, Spivey (36) e Jason (33) afirmam que uma das estratégias úteis para a identificação inicial dos tópicos e áreas cujos objetivos serão estabelecidos é justamente analisar as demandas reais com que se deparam aqueles que agora se encontram na prática médica; ou, no dizer de McGuire (37), o “diagnóstico pedagógico” deve preceder ou acompanhar a “terapêutica docente”.

Por outro lado, Castro (38) salienta que é extremamente complexo o estudo global do processo educacional médico, onde interagem inúmeras variáveis, muitas das quais desconhecidas, necessitando, portanto, de uma abordagem sistêmica. Esse tipo de abordagem é discutido em seus aspectos positivos e negativos por von Bertalanffy (39). Na figura 1 se mostra um esquema adaptado de Chaves (40) e Castro (38), que pode ser útil para estudos dessa natureza.

No dizer de Chaves (40), o estudo efetuado fora do aparelho formador (nível D, no esquema) pode fornecer alguns dados para a formação da imagem, qualitativamente expressa, do produto a ser

Fig. 1 Representação esquemática de um sub-sistema educacional.





obtido. Essas especificações de produto (nível E) podem ser posteriormente utilizadas pelos responsáveis pelo subsistema de educação através dos níveis F e G do esquema e novamente testadas, fechando o ciclo através de um sistema de retroalimentação.

A metodologia mais amplamente utilizada na tentativa de se efetuar o estudo desses diferentes níveis é a aplicação de questionários especificamente elaborados para essa finalidade, objetivando primordialmente a avaliação dos seguintes aspectos:

(1) A presente situação do ensino de psicologia médica e psiquiatria, envolvendo a obtenção e a análise de dados relativos à estrutura, localização, carga horária e orientação didática dos cursos; recursos humanos e materiais, etc. Neste grupo encontram-se o levantamento internacional efetuado pelo Serviço de Saúde Mental da OMS (18) e os trabalhos de Bruni (29) e Lessa e cols. (30), no Brasil, e de Carstairs e cols. (41), no Reino Unido.

(2) As atitudes e avaliações de médicos ou estudantes de medicina quanto aos cursos realizados durante a graduação, à utilidade dos conhecimentos adquiridos para o desempenho profissional, à psiquiatria como especialidade, etc. Refere-se a esse aspecto a maior parte dos estudos sobre o ensino nesta área, destacando-se os trabalhos de Castelnuovo-Tedesco (16), Werkman, Landau e Wakefield (42) e West e Walsh (43), nos Estados Unidos; o de Finzen (44), na Alemanha Ocidental; o de Burvill e Bamford (45), na Austrália; o de Ghadirian (46), no Canadá; o de Ayuso-Gutiérrez (47), na Espanha; e os levantamentos de Alarcón-Guzmán (48) e Querol e Alarcón-Guzmán (3), realizados no Peru.

(3) As necessidades dos médicos, em termos de conhecimentos e atitudes sobre psicologia médica e psiquiatria, para o desenvolvimento de suas atividades profissionais, visando a seleção de tópicos para a definição de um currículo relativo àquelas áreas. Compõem esse grupo o trabalho desenvolvido por Burvill e Bamford (45) e os levantamentos realizados nos Estados Unidos por Werkman, Mallory e Harris (49), Johnson e Snibbe (34), Johnson e cols. (50) e Callen e Davis (51).

## OBJETIVO

O presente trabalho teve como objetivo a elaboração de um questionário que servisse de instrumento para a coleta de sugestões e averiguação das expectativas quanto aos tópicos prioritários, no tocante ao

ensino nas áreas de psicologia médica e psiquiatria, para o exercício da profissão médica, independentemente da especialidade.

Nosso objetivo foi a elaboração de um questionário que permitisse avaliar da perspectiva do clínico:

(a) a percepção da necessidade do ensino de psicologia médica e psiquiatria em nível de graduação;

(b) quais os principais tópicos que deveriam compor a programação desses cursos, de modo a torná-los mais adaptados à formação do médico em nosso meio;

(c) em que nível da graduação seria mais eficaz o desenvolvimento desses cursos; e

(d) de que forma tais ensinamentos poderiam ser desenvolvidos de modo a tornarem-se mais facilmente acessíveis ao estudante.

Além desses aspectos, que nos seriam primordiais, quisemos incluir quesitos que permitissem efetuar um levantamento de algumas variáveis demográficas e sócio-econômicas das populações a serem estudadas, para conhecer os fatores que podem influir na sua maneira de perceber o problema em discussão.

## METODOLOGIA

O questionário, em sua forma atual, teve origem em entrevistas abertas realizadas com 20 docentes da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e 20 docentes da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu. Sua distribuição por especialidade, baseada em um estudo de Vichi (52) sobre Residência Médica, foi a seguinte:

Clínica cirúrgica .....	6 docentes
Clínica médica .....	8 docentes
Clínica pediátrica .....	8 docentes
Dermatologia .....	2 docentes
Ginecologia e obstetrícia .....	6 docentes
Medicina social .....	2 docentes
Neurologia .....	2 docentes
Oftalmologia .....	2 docentes
Ortopedia .....	2 docentes
Otorrinolaringologia .....	2 docentes

Não foram incluídos docentes de anestesiologia, patologia, psiquiatria e radiologia, por fugirem aos objetivos a que nos havíamos proposto.

As entrevistas foram orientadas por um questionário destinado a dar-lhes melhor sistematização, o que não impediu que fossem discutidos tópicos não incluídos.

Após a apuração e classificação das respostas originadas nesse trabalho piloto, foi elaborado o projeto do questionário, baseado exclusivamente nos dados colhidos, mas seguindo fundamentalmente as orientações de Oppenheim (53) e Moser e Kalton (54). A seguir, foram distribuídas cópias do projeto a 23 outros docentes da FMRP e a um docente de técnicas projetivas da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, para colher sugestões para o instrumento de medida a ser utilizado.

A distribuição dos questionários por especialidade foi aproximadamente a mesma utilizada anteriormente, tendo colaborado adicionalmente dois psicólogos e dois psiquiatras.

Foram reestruturados alguns itens e incluídas algumas questões após discussões individuais com os colaboradores.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O questionário é composto fundamentalmente de duas partes. A primeira contém 15 quesitos destinados à coleta de dados pessoais. A segunda parte, composta de 52 testes, 6 questões abertas e 5 questões de complementação, visa a obtenção de dados relativos às demandas dos profissionais nas áreas de psicologia médica e psiquiatria. A forma final do questionário foi elaborado tendo em vista o seguinte planejamento:

(1) Verificar a coexistência de processos orgânicos e de dificuldades emocionais nos pacientes atendidos.

(2) Constatada a maneira pela qual são percebidas pelos médicos essas dificuldades emocionais, investigar quais seriam os tipos de problemas mais comumente observados e como os médicos estariam lidando com os mesmos.

(3) Verificar a possibilidade de haver dificuldade no relacionamento com alguns pacientes, independentemente de serem ou não portadores de dificuldades emocionais

(4) Consideramos que esses grupos de itens permitiriam levantar o possível problema atual e, com este em vista, entramos nas possíveis formas da tentativa de solucioná-los, investigando as necessidades de cursos de psicologia médica e psiquiatria durante a graduação e o conteúdo básico que poderia ir ao encontro das necessidades percebidas.

A esse nível, julgamos necessário conceituar psicologia médica e psiquiatria pelo fato de que o estudo piloto havia mostrado razoavelmente grande dificuldade em delimitá-las; e procuramos fazê-lo de forma a induzir o menos possível as respostas a serem fornecidas.

(5) Os itens que se seguem são repetições das questões anteriores relativas ao conteúdo de cursos de psicologia médica e psiquiatria, agora porém, sob a forma de testes e tendo por opções as sugestões fornecidas nas 40 entrevistas do estudo-piloto. Essa repetição destina-se à coleta de dados mais detalhados e, secundariamente, à verificação da coerência das respostas fornecidas. Nesses grupos de quesitos, decidimos substituir determinados tópicos que pudessem ter conotação sócio-cultural mais forte ou induzir a intelectualizações por seus conceitos equivalentes simplificados, cujas compreensão e interpretação foram satisfatoriamente avaliadas durante a fase de teste do projeto.

Os tópicos substituídos foram:

*Antropologia* por: estudo do homem e sua cultura, ou seja, seus valores, suas crenças, modos de sentir e comportar-se no meio em que vive.

*Medicina psicossomática* por: estudo das dificuldades emocionais associadas à gênese ou intensificação de certas doenças orgânicas.

*Psicopatologia* por: estudo das manifestações dos distúrbios emocionais.

*Sexologia* por: estudo do comportamento sexual humano.

*Sociologia* por: estudo das relações do homem na família, no trabalho, na comunidade, como ser social.

(6) Dispondo de informações sobre o conteúdo, pedem-se finalmente sugestões quanto à forma e o período de administração dos cursos.

Os itens de teste cujas respostas poderiam variar entre dois extremos, como “sempre-nunca”, “máximo-nulo”, “fundamental-desnecessário”, foram estruturados utilizando-se de uma escala de sete pontos, tendo em vista que, em termos psicofísicos, a magnitude da discriminação e da confiabilidade proporcionada por escalas dessa natureza aumenta na razão direta do número de graus, tendendo a estabilizar-se em torno do número sete (55).

Assim, em linhas gerais, o questionário visa responder as perguntas:

- Existem nos pacientes ou no relacionamento com os mesmos problemas para cuja solução as áreas de psicologia médica e psiquiatria poderiam contribuir?
- Frente a esses problemas, que, como e quando ensinar nessas áreas?

Conforme já assinalamos, a maioria dos trabalhos cujo objetivo era a seleção de tópicos para a definição de um currículo para as áreas de

psicologia médica e psiquiatria utilizou-se de questionários como instrumento de medida (34, 45, 49, 50, 51). Entretanto, poucos foram os autores que se basearam em um estudo piloto e teste do projeto de questionário; a maior parte baseou-se predominantemente na experiência pessoal ou em sugestões de um número reduzido de sujeitos, o que contraria os critérios mencionados por Johnson e Snibbe (34).

Acreditamos que a metodologia por nós empregada possa diminuir consideravelmente as inevitáveis tendenciosidades de um instrumento elaborado apenas através da criatividade e experiência de poucos elementos.

Da mesma forma, a metodologia que estamos propondo poderia ser utilizada, com as adaptações necessárias, para outras áreas do ensino médico, como uma das formas de estudar as prioridades curriculares em medicina.

## RESUMO

O autor descreve a metodologia em que se baseou para a elaboração de um questionário, a ser utilizado como instrumento para o estudo das prioridades curriculares relativas às áreas de psicologia médica e psiquiatria, através de um levantamento de opiniões e sugestões entre a classe médica.

Foram efetuados um estudo piloto e o teste de um projeto de questionário, através da cooperação de 40 docentes de duas faculdades de medicina públicas do Estado de São Paulo.

É comentada a possibilidade de tal metodologia ser utilizada, com objetivos semelhantes, por outras áreas do ensino médico.

## REFERÊNCIAS

- (1) Argandoña, M., e A. Kiev. Educational activities. Em: *Mental Health in the Developing World*. New York, The Free Press, 1972, cap. 11, pp. 94-112.
- (2) García, J. C. La educación médica en la América Latina. OPS/OMS, Public. Cient. n° 225, 1972.
- (3) Querol, M., e R. Alarcón-Guzmán. La enseñanza de la psiquiatria y su relación con la práctica médica. *Rev Neuropsiquiat* 39(2):76-86, 1976.
- (4) Association of American Medical Colleges—Division of International Medical Education—Bibliography on medical education in the developing countries, 1956-1964. *J Med Educ* 40:931-947, 1965.

- (5) Ramos, J. A psicologia no ensino médico. *Rev Bras Med* 23(8):538-544, 1966.
- (6) Souza, D. S. A relação médico-paciente como situação fundamental no processo de aprendizagem médico. *Rev Bras Med* 23(1):1-7, 1966.
- (7) Uchôa, D. M. O ensino de psicologia no currículo médico. *J Bras Psiq* 15(4):333-349, 1966.
- (8) Azulay, R. D. Da necessidade da intensificação do ensino da psicologia no curso médico—relação médico-paciente. *Rev Bras Med* 24(2):100-108, 1967.
- (9) Garcia, J. A. Ensino da psicologia no curso médico—Natureza e peculiaridade das relações do médico com o doente. *Rev Bras Med* 24(5):346-352, 1967.
- (10) Leme-Lopes, J. Mental health in the Americas. Conclusion. Section 3. Education, *J Bras Psiq* 17:113-119, 1968.
- (11) Leme-Lopes, J. Delimitação e objetivos do ensino de psiquiatria. *J Bras Psiq* 17:121-124, 1968.
- (12) D'Andrea, F. F. Psicodrama con estudiantes de medicina: la crisis de identidad. *Educ Med Salud* 5(3):221-235, 1971.
- (13) Gerscovich, J. Fatores psicológicos na prática médica—(Importância básica no ensino de psicodinâmica). *Rev Bras Med* 28(11):564-566, 1971.
- (14) Arruda, P. V. de. O ensino de psiquiatria e de psicologia médica ao nível de graduação. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 27(6):277-288, 1972.
- (15) D'Andrea, F. F. Aplicações da psicologia médica. *Rev Ass Med Bras* 19(11):491-492, 1973.
- (16) Castelnuovo-Tedesco, P. How much psychiatry are medical students really learning? *Arch Gen Psychiat* 16:668-675, 1967.
- (17) Levine, M. e H. D. Lederer. Teaching psychiatry in medical schools. Em: Arieti, S. (ed.), *American Handbook of Psychiatry*, 7th ed. New York, Basic Books Inc., 1965. v.2, cap. 97, pp. 123-134.
- (18) Organización Mundial de la Salud—Servicio de Salud Mental. Encuesta internacional sobre la enseñanza de la psiquiatria y de la salud mental. Em: Enseñanza de la psiquiatria y de la salud mental. *Cuad Salud Pub* 9, pp. 130-168, 1963.
- (19) American Psychiatric Association—Committee on Medical Education. An outline for a curriculum for teaching psychiatry in medical schools. *J Med Educ* 31(2):115-128, 1956.
- (20) Ziai, M. Los programas de enseñanza de la medicina y los objetivos de la educación médica en los países en desarrollo. Em: Aspectos de la enseñanza de la medicina en los países en desarrollo. OMS, *Cuad Salud Pub* 47, pp. 9-14, 1973.
- (21) Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la salud mental en las escuelas de medicina de la América Latina. *Educ Med Salud* 8(4):420-427, 1974.
- (22) Bleuler, M. La enseñanza de la psiquiatria: una opinión suiza. Em: La enseñanza de la psiquiatria y de la salud mental. OMS, *Cuad Salud Pub* 9, pp. 187-197, 1963.
- (23) Lambo, T. A. La enseñanza de la psiquiatria en Africa. Em: La enseñanza de la psiquiatria y de la salud mental. OMS, *Cuad Salud Pub* 9, pp. 178-186, 1963.
- (24) Seguíñ, C. A. Hacia una psiquiatria latinoamericana. *Acta Psiquiat Psico Amer Lat* 18(6):413-419, 1972.
- (25) Romano, J. The teaching of psychiatry to medical students: past, present, and future. *Am J Psychiatry* 126(8):99-110, 1970.
- (26) Paim, I. Primórdios da psiquiatria no Brasil. *Thematika* 1(1):9-31, 1975.
- (27) Davanzo, H. Ensino da psicologia médica e psiquiatria na Faculdade de Medicina

de Ribeirão Preto (USP)—1956–1963. *Revista do Centro de Estudos Luiz Guedes da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre*. 3(1-4), 1963.

(28) Guedes, P. L. V. Ensino de psicologia no currículo médico. *Rev Psiq Dinam* 6(2):65–72, 1966.

(29) Bruni, C. A. C. O ensino de psiquiatria nas escolas médicas do Brasil. *Rev Psiq Dinam* 8(1-4):50–55, 1968.

(30) Lessa, L. M., C. A. Bruni, G. C. Nery e L. U. Pinheiro. Ensino, pesquisa e assistência psiquiátrica na universidade brasileira. *Anais do VI Congresso Latino-Americano e I Congresso Brasileiro de Psiquiatria*, São Paulo, 1970. pp. 136–145.

(31) Matte-Blanco, I. El lugar de la psiquiatria y de la salud mental en medicina y en el plan de estudios médicos. Em: *La enseñanza de la psiquiatria y de la salud mental*. OMS, *Cuad Salud Pub* 9, pp. 62–77, 1963.

(32) Neghme, A. La psiquiatria y la salud mental en medicina y en la enseñanza médica. *Bol Of San Pan* 72:19–27, 1972.

(33) Jason, H. Defining objectives and setting priorities for instruction in psychiatry. Conference on Psychiatry Education in New Medical Schools, Warrenton, Va., 1972 (mimeografado).

(34) Johnson, W., e J. Snibbe. The selection of a psychiatric curriculum for medical students: results of a survey. *Am J Psychiatry* 132(5):513–516, 1975.

(35) Senault, R. La preparación del médico en la actualidad. Em: *La preparación para el ejercicio de la medicina general*. OMS, *Cuad Salud Pub* 20, pp. 23–37, 1964.

(36) Spivey, B. C. A technique to determine curriculum content. *J Med Educ* 46:269–274, 1971.

(37) McGuire, C. H. Los exámenes diagnósticos en la enseñanza de la medicina. Em: *Preparación de programas para la enseñanza de las profesiones sanitarias*. OMS, *Cuad Salud Pub* N° 52, pp. 67–78, 1974.

(38) Castro, C. L. M. Pesquisa e desenvolvimento no processo educacional — o papel do aluno. *Rev Ass Med Bras* 20(7):270–271, 1974.

(39) von Bertalanffy, L. General systems theory and psychiatry: An overview. Em: Gray, W., F. J. Duhl, e N. D. Rizzo (eds.). *General Systems Theory and Psychiatry*. Boston, Little, Brown & Co., 1969, Cap. 2, pp. 33–46.

(40) Chaves, M. M. O sistema da educação para as profissões da saúde. Em: *Saúde e Sistemas*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1972. Cap. 4, pp. 111–157.

(41) Carstairs, G. M., H. J. Walton, J. R. Smythies e A. H. Crisp. Psychiatric education. Survey of undergraduate psychiatric teaching in the United Kingdom (1966–1967). *Brit J Psychiat* 114:1411–1416, 1968.

(42) Werkman, S. L., S. Landau e H. Wakefield. Medical students view clinical psychiatry. *Am J Psychiatry* 130(5):562–565, 1973.

(43) West, N. D., e M. A. Walsh. Psychiatry's image today: results of an attitudinal survey. *Am J Psychiatry* 132(12):1318–1319, 1975.

(44) Finzen, A. Ergebnisse einer Umfrage bei Tübinger Medizin-student über ihre einstellung zur Psychiatrie und zum psychiatrischen Unterricht. *Nervenarzt* 41:299–300, 1970.

(45) Burvill, P. W., e J. A. C. Bamford. General practitioners and psychiatry: report of a survey. *Med J Aust* 1:1014–1016, 1968.

(46) Ghadirian, A. Étude des réponses des étudiants de médecine concernant la formation psychiatrique. *Laval Med* 42:384–388, 1971.

- (47) Ayuso-Gutiérrez, J. L. Actitudes hacia la psiquiatría de los médicos de un hospital general. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiat* 1:347-357, 1971.
- (48) Alarcón-Guzmán, R. La enseñanza y el aprendizaje de la psiquiatría en el Perú. *Rev Neuropsiquiat* 30:57-84, 1967.
- (49) Werkman, S. L., L. Mallory e J. Harris. The common psychiatric problems in family practice. *Psychosomatics* 17(3):119-122, 1970.
- (50) Johnson, W., J. Snibbe, K. Hoffman e L. Evans. Focused psychiatric curriculum selection: student, psychiatrist, and non psychiatrist physician expectations. *Am J Psychiatry* 134(10):1126-1130, 1977.
- (51) Callen, K. E., e D. Davis. What medical students should know about psychiatry: the results of a survey of rural general practitioners. *Am J Psychiatry* 135(2):243-244, 1978.
- (52) Vichi, F. L. A residência como treino médico no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (1956-1973). *Rev Ass Med Bras* 20(4):163-166, 1973.
- (53) Oppenheim, A. N. *Questionnaire Design and Attitude Measurement*. New York, Basic Books Inc., 1956.
- (54) Moser, C. A. e G. Kalton. *Survey Methods in Social Investigation*, 2º ed., New York, Basic Books Inc., 1972.
- (55) Nunnally, J. C. *Introducción a la medición psicológica*. Buenos Aires, Paidós, 1973.
- 

## PROPUESTA DE UN MODELO PARA LA EVALUACION DE PRIORIDADES EN LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ESTUDIOS DE MEDICINA: PSICOLOGIA MEDICA Y PSIQUIATRIA (Resumen)

El autor describe la metodología empleada en la preparación de un cuestionario que se utilizará para evaluar las prioridades en los programas de estudios de psicología médica y psiquiatría, mediante encuestas de opinión y sugerencias entre la profesión médica.

Se efectuó un estudio piloto y se ensayó un proyecto de cuestionario con la cooperación de 40 profesores de dos facultades de medicina públicas del Estado de São Paulo.

Se comenta la posibilidad de empleo de ese método con objetivos similares, en otros campos de la enseñanza de la medicina.



PROPOSAL OF A MODEL FOR THE EVALUATION OF PRIORITIES  
IN DRAWING UP THE MEDICAL CURRICULUM IN THE AREA OF  
MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY (*Summary*)

The author describes the methods used in designing a questionnaire for studying curricular priorities in the areas of medical psychology and psychiatry by taking a survey of opinions and suggestions among the medical profession.

A private study was done and a draft questionnaire tested with the cooperation of 40 faculty members of two public medical schools in São Paulo state.

It is suggested that this methodology could be used for similar purposes in other areas of medical education.

PROPOSITION DE MODÈLE POUR L'ÉVALUATION DES PRIORITÉS  
DANS L'ÉLABORATION D'UN PROGRAMME D'ÉTUDES MÉDICALES:  
PSYCHOLOGIE MÉDICALE ET PSYCHIATRIE (*Résumé*)

L'auteur décrit la méthodologie employée dans la préparation d'un questionnaire qui sera utilisé pour évaluer les priorités dans les programmes d'études de psychologie médicale et de psychiatrie, au moyen d'enquêtes d'opinion et de suggestions émanant de la profession médicale.

Il a été procédé à une étude pilote et à l'essai d'un projet de questionnaire avec la coopération de 40 professeurs des deux facultés de médecine publiques de l'État de São Paulo.

Des commentaires sont présentés sur la possibilité d'emploi de cette méthode à des fins semblables dans d'autres domaines de l'enseignement de la médecine.

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

## Enseñanza de la administración en salud

---

La Primera Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS para la Enseñanza de la Administración en Salud se realizó en la Sede de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., del 21 al 25 de mayo de 1979, con la participación de los miembros abajo mencionados.<sup>1</sup>

Actuó como Presidente el Dr. José Nine Curt (Puerto Rico) y, como Relatores, actuaron el Dr. David Gómez (Venezuela) y el Dr. Marcos Kisil (Brasil).

El Comité analizó el marco conceptual, los objetivos generales, los contenidos y la metodología de la enseñanza de la administración en salud y formuló las recomendaciones que estimó pertinentes.

---

<sup>1</sup>Miembros del Comité: Dra. Mirta Escudero, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Universidad La Plata, Buenos Aires, Argentina; Dr. David Gómez (Relator) Director, Curso de Magister en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Universidad Central de Venezuela, Caracas; Dr. Marcos Kisil (Relator), Director Técnico, Hospital Clínicas de São Paulo, São Paulo; Dr. Ernesto Medina, Director, Curso para Licenciados en Salud Pública, Departamento de Salud Pública y Medicina Social, Universidad de Chile, Santiago; Dr. Milton Mora, Profesor del Programa de Posgrado en Salud Pública, Departamento de Medicina Social, Universidad del Valle, Cali, Colombia; Dr. Humberto Moraes Novaes, Director del Programa Avanzado en Administración de Salud y de Hospitales, Escuela de Administración de Empresas, São Paulo; Dr. José Nine Curt (Presidente), Decano de la Facultad de Medicina, Universidad del Caribe, Cayey, Puerto Rico; Dra. Fabiola Nunes, Primera Directoría Regional de Salud, Secretaría de Salud de Bahía, Salvador, Bahía, Brasil; Dr. Enrique Parra, Curso sobre Dirección y Organización de Servicios Médicos, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México, D.F.; Dr. N. Bernardo Ramírez, Coordinador del Programa de Maestría en Administración de la Atención Médica y de Hospitales, División de Estudios Superiores de la Facultad de Contaduría y Administración, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F., y Dr. Antonio Ríos, Director del Programa de Maestría en Administración de la Atención Médica y de Hospitales, División de Estudios Superiores de la Facultad de Contaduría y Administración, UNAM, México, D.F. Por parte de la OPS, participaron de la División de Recursos Humanos e Investigación, el Dr. Manuel Bobenrieth, Dr. Carlos A. Vidal, el Ing. Jorge Ortiz y la Sra. Lydia Bond; de la División de Servicios Integrados de Salud, el Sr. Jorge Peña Mohr y el Lic. Miguel Segovia, y además, el Sr. Clarence H. Moore, Secretario Ejecutivo de PAHEF y el Sr. Richard Marks, Administrador del Programa de Libros de Texto de la OPS.

## LA ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION EN SALUD

Se destacó que las actividades en salud son realizadas por una gran variedad de grupos y personas, con la consecuente variación de funciones y niveles. Sin embargo, es indiscutible la necesidad permanente de la administración de estas actividades.

La decisión de los Gobiernos de los países de las Américas de extender los servicios de salud a toda la población de la Región, ha puesto al descubierto la insuficiencia de los actuales servicios de salud, así como las deficiencias de su organización y administración. Uno de los puntos más débiles de este proceso es la inadecuación de los programas de educación para la enseñanza de la administración en salud, frente a los problemas reales con que se enfrenta el sector.

En los últimos años la Organización ha llevado a cabo una serie de actividades para mejorar esta situación. Entre ellas cabe destacar el diagnóstico de los problemas de adiestramiento en administración en salud, el apoyo a una red de varios programas avanzados, los esfuerzos para el mejoramiento de los profesores y la promoción y divulgación de la educación en administración en salud. También es importante mencionar la actuación de la OPS a través de su Programa de Libros de Texto. Este Programa que se inició en 1968 con las disciplinas de la medicina, ha continuado con gran éxito incluyendo las áreas de enfermería, odontología, nutrición, e ingeniería sanitaria y ciencias del ambiente, llegando ahora a la administración en salud.

La presente Reunión representa los esfuerzos conjuntos de por lo menos dos iniciativas diferentes de la OPS: la promoción de la enseñanza de la administración en salud y el Programa de Libros de Texto.

La enseñanza de la administración en salud es un tema complejo, debido a que el campo de dicha administración no está delimitado con precisión. A pesar de que se reconoce la necesidad de la administración en salud, su presencia a través de un profesional "administrador en salud" es reciente. Durante años la administración de los servicios de salud fue una extensión de las responsabilidades médicas, ya que el médico es el responsable del paciente, respaldado por el personal de enfermería. Así, la administración se realizaba—y aún se realiza—por personas sin la educación formal en administración necesaria para el desempeño de sus tareas como administradores. Estos cargos directivos son ocupados por personas que gozan de prestigio profesional, generalmente en su especialidad médica, o que tienen influencia política. Pocas veces se toman en cuenta los conocimientos que puedan tener en

administración en salud. Como consecuencia, surge la necesidad de promover la enseñanza de la administración en salud.

El Comité analizó la enseñanza de la administración en salud de acuerdo con cuatro grupos de estudiantes: de nivel intermedio, de posgrado, de pregrado en las ciencias de la salud, y de educación continua.

Se revisó el material de instrucción disponible, dando énfasis a los libros de texto, manuales de procedimientos administrativos y publicaciones periódicas, y se presentaron recomendaciones generales y específicas al respecto.

## ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION A NIVEL INTERMEDIO

El Comité ubicó el término supervisor para referirse a los administradores de este nivel, que básicamente desempeñan tareas de supervisión, o sea, que ocupan una posición intermedia en la estructura formal de las instituciones y logran la ejecución de su trabajo a través de otras personas.

Dependiendo de las características de la organización, pueden existir diferentes niveles de supervisión; por lo menos se pueden diferenciar dos: supervisores de primera línea y supervisores de mando medio. El de primera línea supervisa el trabajo del personal operativo; el de mando medio, el trabajo de otros supervisores e indirectamente del personal operativo.

Así, el papel de supervisión puede ser desempeñado por una enfermera jefe de una unidad pediátrica, un jefe de cuadrilla de aseo, un médico jefe de turno en emergencia, o un contador jefe de sección de presupuesto—pues aun cuando el nivel profesional sea diferente, la función de supervisión que se ejecuta es similar. Evidentemente, la naturaleza de las actividades supervisadas son distintas, como también lo son las características del personal operativo, lo cual sugiere que el papel de supervisión es contingente y circunstancial.

El papel del supervisor será cada vez más complejo a medida que las instituciones de salud vayan creciendo, se vayan diversificando, su personal sea cada vez más especializado y se incorporen tecnologías cada vez más sofisticadas.

Por lo tanto, sería útil clasificar a los supervisores de acuerdo con el nivel de calificación o grado de profesionalismo en tres grupos: oficiales, técnicos y profesionales.

Dentro de este conjunto heterogéneo de supervisores, es necesario destacar la estructura de supervisión de los departamentos de enfermería,

que constituyen el sistema más amplio que sustenta la operación de la mayoría de las instituciones de salud. Esta estructura cumple una función específica propia, pero sustituye además el vacío de supervisión en otras áreas, lo que con frecuencia introduce serias distorsiones en las funciones.

Las funciones de supervisión cubren un amplio espectro. Entre otras, pueden destacarse tres dimensiones centrales: interrelación humana, procesamiento de información y decisiones transaccionales.

Este cuadro general sobre el supervisor pone de relieve la dificultad de tratar el nivel intermedio como un todo, precisamente por su heterogeneidad. Por lo tanto, el Comité opinó que es posible organizar el currículo para este nivel de acuerdo con dos componentes:

1. Conocimientos generales de administración aplicables a cualquiera de los grupos.

2. Conocimientos específicos y especializados de acuerdo con su área de interés, de ejercicio o de necesidad profesional.

Los conocimientos genéricos podrían responder al siguiente ordenamiento de la realidad:

- Un medio ambiente en torno a las organizaciones de salud, constituido por aspectos económicos, políticos y culturales.
- El hombre en la organización de salud: el administrador, quien realiza dos procesos: a) el administrativo (planea, organiza, informa, evalúa), y b) el de comportamiento (liderazgo, grupos, conflictos, motivación) apoyando en su estilo propio la dirección.
- Los organismos de salud vistos desde dos puntos: sus fines y sus medios.

De acuerdo con el marco de referencia dado por la demanda de personal y el marco conceptual para un posible desarrollo curricular, es posible identificar criterios para la selección de material de enseñanza necesario para la formación del supervisor.

### ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION EN SALUD A NIVEL DE POSGRADO

El Comité definió como educación de posgrado al proceso de educación en profundidad sobre las áreas específicas de la administración en salud. Aceptó como definición de administración en salud, la utilizada

por la Comisión de Educación para la Administración en Salud de la Fundación W.K. Kellogg en 1975:

“Administración en salud es planeamiento, organización, dirección, control, coordinación y evaluación de los recursos y procedimientos que, a través de servicios específicos a los clientes individuales, organizaciones y comunidades, atiendan las necesidades, demandas por salud y atención médica y por un medio ambiente saludable”.

Consecuentemente, la educación de posgrado es una especialización: ya sea una especialización del personal de salud para la administración o del personal de administración para la salud.

Las responsabilidades y funciones que abarca este proceso varían de una organización de salud a otra, de un nivel de actividad a otro, y de un momento al otro.

El análisis del documento básico preparado para esta Reunión, permitió la consolidación de algunos aspectos importantes, de los que se trata a continuación.

### *Niveles de posgrado*

Existen por lo menos dos niveles de programas de posgrado:

1. *Programas para la formación de ejecutivos.* Son programas destinados a la enseñanza de personal que actúa como ejecutivo en el sector. Se trata de cursos, muchas veces vespertinos, que surgen por necesidades sentidas por diferentes instituciones y que presentan una gran variedad de objetivos, contenidos, carga horaria, etc. Muchos de estos programas están ubicados en universidades.

2. *Programas que otorgan grado o título universitario de maestría o doctorado.* Estos programas son universitarios y son responsables de la formación de docentes e investigadores; se encuentran en diferentes escuelas y departamentos y otorgan diferentes títulos: maestría en salud pública, en administración de atención en salud, en medicina preventiva y social. El hecho de que estos programas se encuentran en diferentes escuelas y departamentos (salud pública, medicina, administración), revela además una heterogeneidad de enfoques, objetivos, currículos, carga horaria, etc.

Aparentemente, la gran diferencia entre los programas para los ejecutivos y para los futuros profesores/investigadores, de acuerdo con los objetivos educacionales, sería: a los ejecutivos se les suministra información, comprensión y aplicación de los conocimientos con muy poco

énfasis en análisis, síntesis y evaluación, que a su vez deberían ser enfatizados en la educación del profesor/investigador. En los programas de maestría, por el contrario, esos componentes de investigación son débiles, ya sea por limitación de los programas, de los docentes o de las instituciones.

El Comité opinó que la dicotomía educación para el ejecutivo y educación para el docente/investigador debe ser revisada en un futuro próximo.

### *Número de programas*

A pesar de que aún no está muy claro el concepto de administración en salud y de que solamente algunos países estén empezando a reconocer la necesidad de un profesional capacitado para esa tarea, el número de alumnos aumenta cada año y aunque se establecen nuevos programas, estos no son capaces de absorber la demanda. De 1951 a 1971 se crearon 21 programas y de 1972 a 1977 otros 13, con un porcentaje de tres por año. Este hecho produjo cierta inquietud en el Comité: ¿se ha acelerado la formación de nuevos docentes para estos programas? o ¿ha habido un sacrificio de la calidad en función de la cantidad? El Comité opinó que el asunto amerita una amplia investigación.

### *Educación básica*

Supuestamente, un curso de posgrado es un curso de especialización en el que se estudia la materia en detalle; por lo tanto, debe de ser prerequisite para seguirlo tener formación básica en ese campo. Esto no ocurre en administración en salud, ya que un alumno de pregrado en ciencias de la salud, excepto enfermería, tiene muy poca o ninguna educación formal en administración en salud. Así, muchos programas que se dicen ser de posgrado, en realidad enseñan educación básica en esta materia.

### *Tipos de docentes*

Se pueden identificar dos tipos básicos de docentes en los programas:

1. *Docente tipo ejecutivo*, que es aquel que no tiene formación docente formal, sino que se ha formado a base de experiencia en su campo específico de actuación. Muchas veces no es más que un sistematiza-

dor de información sobre su experiencia personal. No tiene formación didáctica, pero representa un elemento importante para el establecimiento de relaciones entre un programa académico y el mundo de la prestación de servicios.

2. *Docente tipo maestro*, que es aquel que recibió educación formal a nivel de maestría o doctorado y, supuestamente, fue educado para la enseñanza y la investigación. Este grupo constituye una minoría y 23 programas no tienen en su personal ningún profesor de este tipo.

El hecho de que la gran mayoría de los docentes lo son a tiempo parcial, limita su participación en el desarrollo del programa: no toman parte en la definición de los objetivos educacionales, ni en el diseño curricular, ni en las decisiones sobre los procesos de enseñanza-aprendizaje, etc. Su tarea se limita a dictar clases, sin saber para quién, por qué, o en qué contexto.

### *Contenido curricular*

El contenido curricular es profundamente heterogéneo, con gran variedad en las denominaciones (478) y el contenido de las asignaturas. Por ejemplo, los programas de maestría en salud pública y medicina social, en general, dan mayor importancia a las asignaturas de las ciencias de la salud; en cambio, los de maestría en administración de atención en salud dan énfasis a las ciencias administrativas.

El Comité señaló la necesidad de establecer un currículo mínimo para los diferentes programas. Asimismo, el Comité opinó que los programas a nivel de pregrado, a pesar de sus limitaciones, son los que están mejor estructurados y son los responsables de los esfuerzos de divulgación y del crecimiento del interés por la administración en salud en la Región, a través de la educación y capacitación de personal.

## ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION A NIVEL DE PREGRADO

Aunque no se dispuso de información sistematizada sobre este grupo de estudiantes, el Comité consideró el hecho de que los profesionales de salud siempre están desempeñando alguna tarea administrativa, independiente de su educación profesional, de su nivel de actuación y de su ubicación geográfica o funcional. Es notorio, en algunos países, la tem-



prana responsabilidad administrativa que asumen los nuevos profesionales.

En el caso de los futuros médicos, la gran mayoría de los currículos de las escuelas de medicina de la Región incluye la administración y organización de la atención médica dentro de las asignaturas de medicina preventiva y social o salud pública, con un contenido muy variable y con el objetivo principal de motivar a los alumnos a través de información.

Con excepción de la educación en enfermería, en donde los temas de administración representan una parte importante del currículo, las otras profesiones de la salud no reciben ningún adiestramiento en administración.

## EDUCACION CONTINUA

Existen muchos factores que indican la necesidad de un programa de educación continua para el administrador en salud. Entre ellos tenemos:

- *La disposición geográfica.* En general, a diferencia de los otros profesionales de la salud, los administradores en salud trabajan solos sin contraparte con quien discutir las técnicas del quehacer diario.

- *La inestabilidad profesional.* La mayoría de los cargos directivos en instituciones públicas están sujetos a los cambios políticos de los gobiernos.

- *La toma de decisiones.* La creciente utilización de la tecnología y sus continuos avances transforman al administrador en el hombre clave para decidir sobre la adquisición o no de nuevas tecnologías. Así, son sometidos a un "bombardeo" de información comercial que influye en sus decisiones.

La edad de los alumnos es otro factor importante que debe tomarse en cuenta en la educación continua y en la de posgrado. Muchos de los alumnos son mayores de 40 años y, por lo tanto, tienen su propia escala de valores, lo que exige técnicas de enseñanza diferentes para lograr un cambio de actitudes.

En la actualidad la OPS está desarrollando algunos programas nacionales de carácter experimental, dirigidos a todo el personal de salud, que se basan en publicaciones periódicas que son parte de un "paquete" y que tienen el propósito de llegar a todas las instituciones empleadoras.

Su objetivo central es rescatar el potencial educativo de las instituciones de salud.

## MATERIAL DE INSTRUCCION

El Comité solo analizó tres tipos de material de instrucción: libros de texto, manuales de procedimientos administrativos, y publicaciones periódicas.

A fin de concretar un tema tan extenso e ilimitado, se establecieron tres grandes áreas temáticas: administración gerencial, administración en salud y administración hospitalaria.

Como usuarios potenciales de este material el Comité consideró no solo a los estudiantes de programas formales a nivel de pregrado, posgrado e intermedio, sino también a aquellos que utilizan el material como parte de un proceso de educación continua.

Con el propósito de establecer criterios para la selección del material de enseñanza, el Comité hizo un diagnóstico de la enseñanza de la administración en salud en la América Latina y el Caribe, e identificó los siguientes puntos críticos:

1. Falta de articulación entre las decisiones relativas al adiestramiento para la administración en salud y los problemas reales del sector salud.

2. Escasez casi absoluta de términos de información y documentación sobre la realidad de la educación en la administración en salud en la Región, excepto para los programas de posgrado.

3. Gran variedad entre los objetivos educacionales, diseños curriculares, asignaturas, metodologías de enseñanza, etc., en los programas existentes. No se cuenta con ninguna evaluación sobre los diferentes enfoques, ni con ningún trabajo de investigación comparativo entre los distintos programas.

4. No existe la educación continua.

5. Ausencia casi absoluta de investigación sobre la educación de la administración en salud en la Región.

6. Los programas de posgrado que se desarrollan en la actualidad carecen de:

- a) estándares en el proceso curricular;
- b) articulación entre la fase teórica y la práctica;
- c) desarrollo del profesorado tanto cuantitativo como cualitativo;

d) investigación, y cuando se hace, son estudios descriptivos, muy poco analíticos y evaluativos;

e) participación activa de los estudiantes;

f) prácticas adecuadas. Los profesores ignoran el papel que les corresponde a ellos y a los alumnos en el programa; no dedican el tiempo necesario, carecen de motivación docente y no hay unión entre el grupo académico.

g) un proceso de decisión frente al proceso curricular adecuado. El asunto se enfoca de diferentes maneras:

- Enfoque de "profeta": cada director de programa diseña su currículo de acuerdo con su sensibilidad subjetiva.

- Enfoque de "comité": un grupo de personas del área académica hace la distribución curricular, estableciendo un consenso sobre sus experiencias personales.

- Enfoque de "experto": se invita a una autoridad en el tema para que diseñe el currículo.

- Enfoque de "estudio comparativo": los currículos de diferentes programas son comparados y se decide el currículo del nuevo programa.

- Enfoque de "investigación": basado en el estudio de las necesidades del futuro profesional. (Este último enfoque no se ha aplicado nunca en la América Latina.)

## RECOMENDACIONES

### *Recomendaciones generales*

Después de haber analizado los diferentes niveles de estudiantes y los programas existentes en administración en salud, el Comité formuló las siguientes recomendaciones generales:

1. Que la OPS promueva el desarrollo de un amplio proyecto de investigación sobre la enseñanza de la administración en salud en la Región, a fin de diagnosticar las necesidades reales, los objetivos educacionales que se pretenden lograr, los contenidos temáticos, los currículos mínimos en cada nivel, etc. Esta información será de gran valor para que el sector salud pueda lograr las metas que desea alcanzar en la enseñanza de la administración en salud.

2. Que la OPS establezca un programa de desarrollo de profesores en administración en salud, en sus diferentes niveles.

3. Que se dé apoyo al desarrollo de programas de educación continua, con el propósito de utilizar el potencial educativo de las instituciones de salud.

*Recomendaciones específicas*

*Currículo mínimo.* El Comité estimó que era necesario llevar a cabo investigaciones evaluativas que proporcionen la información necesaria sobre la distribución actual de contenidos y cargas horarias de los programas.

Una manera de proyectar el currículo mínimo, sería a través de una analogía con el triángulo epidemiológico, tal como aparece en la figura 1.

Así, los pasos a cumplir serían:

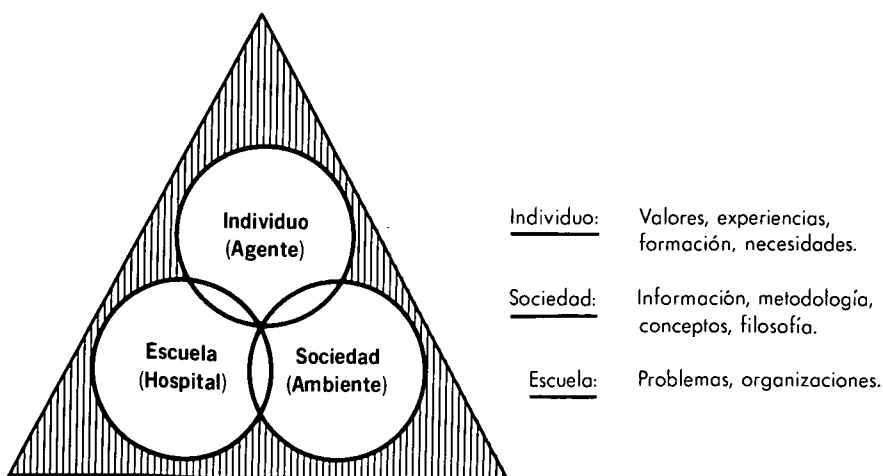
1. Definir áreas problema en la sociedad, comunes a los países de la América Latina.

2. Buscar las disciplinas que podrían contribuir en la solución de esas áreas problema.

3. Relacionar las áreas problema con las disciplinas y obtener una matriz que sería la determinante del currículo mínimo.

4. Para atender los otros elementos curriculares—la escuela y el individuo—se debe adoptar un currículo mínimo que se complemente con las posibles necesidades locales que se puedan presentar.

Figura 1



*Libros de texto.* El Comité analizó la lista de libros a su disposición, tomó en cuenta los problemas con que la enseñanza de la administración en salud se enfrenta actualmente en la Región, y, con base en las experiencias personales de sus miembros y participantes, indicó que:

- Los programas utilizan una combinación de libros de diferentes autores o notas preparadas por los profesores, porque un solo libro de texto no es suficiente para cubrir las necesidades de la enseñanza de la administración en salud.

- Hay muy poca literatura autóctona en la América Latina. La existente, salvo unas pocas excepciones, son obras descriptivas y poco analíticas, y su influencia, en general, es local, para el contexto donde fue escrita.

- Hay autores o grupos de autores potenciales en los programas actuales.

En consecuencia, el Comité recomendó que la OPS, dentro del Programa de Libros de Texto, u otro que se desarrolle, propicie condiciones que promuevan el interés de autores latinoamericanos, aunque su producto se restrinja a su contexto. Esa ayuda podría hacerse efectiva por medio de becas para recopilar bibliografía y escribir el libro; otorgar facilidades de impresión, divulgación, distribución, etc.

El análisis de los libros existentes permitió al Comité clasificarlos en dos grupos:

*Grupo I:* Libros muy recomendables para ser incluidos en el Programa de Libros de Texto.

*Grupo II:* Libros que se recomiendan porque hoy en día tienen aplicación en algunos de los países de la Región.

De acuerdo con las tres áreas temáticas y los niveles de estudio establecidos durante esta Reunión, el Comité decidió recomendar los siguientes libros de texto:

#### *Administración general*

##### a) *Pregrado*

###### *Grupo I*

- Albers, H. y L. Schoer. *Principios de organización y dirección.* México, Editorial Limusa, 1973.
- Kazmier, L. *Principle of Management: A Programmed-Instructional Approach.* Nueva York, McGraw-Hill Co., 1974.

*Grupo II*

- Reyes Ponce, A. *Principios de administración*.
- Vázquez, C. *Administración por objetivos*. México, Editorial Triecas, 1978.
- Fernández Arenas, J. A. *Administración*. (Texto programado)
- Reyes Ponce, A. *Administración por objetivos*.

b) *Posgrado*

*Grupo I*

- Koontz, H. y C. O'Donnell. *Management: A Systems and Contingency Analysis of Managerial Functions*. Nueva York, McGraw-Hill Co., 1972.

*Grupo II*

- Hellrigger, D. y J. W. Slocum, Jr. *Management: Contingency Approaches*. Reading, Mass., Addison-Wesley, 2ª ed., 1976.
- Kast, F. E. y J. E. Rosenwij. *Organization and Management: A Systems and Contingency Approach*. Nueva York, McGraw-Hill Co., 1974 (enfoque sistemático).

c) *Intermedio*

No hay un texto recomendable para este nivel.

*Administración de salud*

a) *Pregrado*

No hay.

b) *Posgrado*

*Grupo I*

- Kovner, A. R. y D. Neuhauser. *Health Services Management: Readings and Commentary*. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, School of Public Health, University of Michigan, 1978.
- Levey, S. y N. P. Loomba. *Health Care Administration: A Managerial Perspective*. Philadelphia, Pennsylvania, J. B. Lippincott Co., 1973.

*Grupo II*

- Sonis, A. *Medicina sanitaria y administración de salud*. Buenos Aires. El Ateneo Editorial.
- Medina, E. y A. Kaempffer. *Elementos de salud pública*. Santiago de Chile, Editorial Andrés Bello, 1979.
- Chaves, M. M. *Saúde e Sistemas*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1972.

c) *Intermedio*

*Grupo I*

- Programa Avanzado en Administración de Hospitales y Sistemas de Salud (PROAHSA). *Manual de Procedimientos de Hospitales*. Fundación Getulio Vargas, 1979.

También recomendó que un ejemplar de todos los textos que estuvieron a su disposición durante la reunión, deberían formar parte del acervo de las bibliotecas de los programas de la Región.

Otra recomendación del Comité fue que se estudiara la posibilidad de publicar un libro que contenga resúmenes de textos de diferentes autores. El Comité recomendaría en un futuro los posibles editores de esta publicación.

*Publicaciones periódicas.* Consciente de la importancia de las publicaciones periódicas como fuente de referencia y material para la educación continua del administrador en salud, el Comité recomendó a la OPS que desarrolle un programa de apoyo a las publicaciones que tratan sobre esta materia, para que sean distribuidas entre los programas de los países de la Región.

Por último, el Comité agradeció y reconoció el apoyo decidido que la OPS ha prestado a las áreas de la administración en salud y solicitó que las sugerencias y recomendaciones presentadas en este informe sean incorporadas en los futuros planes de la OPS dentro del Programa Ampliado de Libros de Texto y Otros Materiales de Instrucción.

# Consideraciones sobre la educación médica continua<sup>1</sup>

DRA. CARMEN VELASCO RAYO<sup>2</sup>

---

---

## INTRODUCCION

La medicina, en su evolución, está estrechamente vinculada a las características del pensamiento y desarrollo de cada época (1).

Actualmente el mundo se caracteriza por el tremendo progreso alcanzado en los campos científicos y tecnológicos y por la preocupación y los cambios relacionados con las concepciones y las estructuras económicas y sociales.

En medicina esto se ha reflejado en el desarrollo de nuevas y sofisticadas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, así como de eficaces elementos de prevención y curación de las enfermedades, que exigen a cada país una especial preocupación para poner al alcance de sus ciudadanos los progresos crecientes.

Con el fin de lograrlo hace falta una organización de servicios de salud que responda adecuadamente a las necesidades de salud y que haga realidad la nueva concepción del "derecho a la salud del individuo, su familia y la comunidad".

Por otra parte, es imperioso adecuar la formación del profesional para que pueda alcanzar un perfeccionamiento tal que le permita conocer, comprender y aplicar los progresos de la ciencia y la tecnología en beneficio de la población y en la búsqueda de nuevos conocimientos a través de una investigación científica rigurosa.

---

<sup>1</sup>Trabajo presentado al XVI Congreso de la Alianza Panamericana de Médicas, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, septiembre de 1979.

<sup>2</sup>Profesor de Pediatría y Decano de la Facultad de Medicina Santiago Occidente, Universidad de Chile, Santiago, Chile.



## CONCEPTOS Y MODALIDADES DE EDUCACION MEDICA CONTINUA

Hay consenso universal en que la educación médica es un proceso ininterrumpido, que se inicia en la escuela de medicina y continúa durante el largo camino de la vida profesional.

El médico moderno tiene la responsabilidad de responder a las necesidades de salud de sus semejantes. Por ello está sujeto permanentemente a la riqueza científica del pasado, al aumento explosivo de la información biológica, al progreso espectacular de las ciencias físicas afines, de las ciencias humanas y de muchas otras que, además de introducir en el aprendizaje nuevas disciplinas, abren el camino a la especialización. Asimismo, debe preocuparse porque se brinde una atención primaria de gran cobertura y una atención secundaria y terciaria de complejidad creciente (2).

Frente a este constante proceso de renovación, el médico, y los demás profesionales de la salud, así como las autoridades universitarias y de salud, tienen la irrenunciable obligación de conciliar las necesidades de salud y el progreso científico, y deben ofrecer las posibilidades de una educación médica continua que fomente un ejercicio profesional acorde con esta realidad.

¿Pero qué se entiende por educación médica continua?

Se ha dicho que “toda la vida es un experimento” (3). Por lo tanto, podemos decir que la vida entera es una educación continua.

En los últimos decenios, innumerables publicaciones y reuniones internacionales y nacionales se han dedicado a la educación médica continua.

Parece haber unanimidad de opiniones en diferenciar dos tipos de educación médica: la formal y la continua.

La *educación médica formal* se lleva a cabo en un período de tiempo definido, es programada y evaluada, y al término de ella se obtiene una certificación, título o licencia para ejercer.

La educación formal de pregrado está constituida por los estudios que se realizan en una escuela o facultad de medicina y que culminan con la obtención del título de médico, médico-cirujano, o doctor en medicina, según la modalidad del país.

La educación formal de posgrado en medicina está constituida por las residencias o cursos de formación de especialistas, de dos a cinco años de duración, en cualquier especialidad, incluyendo la medicina familiar en aquellos países en que esta se considera como una especialidad. Concluye

con la obtención de un grado académico, de una certificación de especialista o de la licencia correspondiente.

La *educación médica continua* comprende uno o todos los sistemas por los cuales el médico prosigue su propia formación, después que ha completado su educación médica formal (3).

Resulta indispensable para cualquier profesional, sea clínico, educador o investigador, y constituye una responsabilidad personal y nacional.

Para que la educación médica continua responda adecuadamente a la realidad, debe considerar fundamentalmente dos aspectos: el profesional de la salud, en el lugar y nivel de atención donde ejerza su labor, y los programas de educación continua que se están ofreciendo.

La experiencia mundial ha demostrado que el loable propósito de lograr una educación médica continua eficiente no es tarea fácil.

Los profesionales de la salud en general, por la gran presión de trabajo, muchas veces tienen dificultades para asistir a cursos, los que pueden o no satisfacer sus necesidades. En ocasiones no logran tener el tiempo suficiente para autoperfeccionarse por medio de lecturas o utilizando medios audiovisuales.

En los centros universitarios o asistenciales de mayor complejidad, el profesional que reconoce sus deficiencias tendrá mayor posibilidad de buscar una solución a las mismas. Debemos reconocer, sin embargo, que no es en estos centros donde se realiza la mayor parte de la atención médica ni donde se necesita más educación, por el permanente acceso a ella que existe.

Se reconoce que la educación médica continua tiene una amplia gama de posibilidades. Pero para que ella sea realidad en un país es necesario que existan algunas condiciones, tales como:

1. Conciencia en el médico de que la educación médica continua es indispensable.

2. Coordinación entre las facultades de medicina, los sistemas de servicios de salud estatales o privados, colegios o asociaciones profesionales, sociedades científicas u otros. Esta coordinación pretende aunar esfuerzos con el fin de lograr concentrar las acciones en:

a) Unificar y coordinar la educación médica continua para desarrollarla a nivel nacional.

b) Planificar las actividades de educación médica continua a través de variadas líneas de acción, realizadas por entidades acreditadas y utilizando recursos universitarios y del sector salud (4).

c) Ofrecer acceso a bibliotecas actualizadas, por medio de un sistema nacional conectado a un sistema internacional.

d) Ofrecer oportunidades de educación médica continua en cualquier lugar del país, mediante el perfeccionamiento de los profesionales en sus mismos centros de trabajo, identificando sus necesidades de aprendizaje, creando y organizando los programas pertinentes y estableciendo vínculos entre esos centros y las facultades de medicina. Esto permite una utilización racional de los recursos locales y universitarios. En Chile, esto se denomina regionalización docente-asistencial y puede ser realizada en zonas cercanas al centro universitario o en zonas bastante alejadas (5-11).

En todos los países existe una gran variedad de modalidades de educación médica continua. Señalaremos solo algunas:

- Adiestramiento en servicio.
- Cursos de actualización y perfeccionamiento para especialistas y médicos generales.
- Conferencias, simposios y congresos.
- Autoeducación: lecturas, utilización de medios audiovisuales de enseñanza-aprendizaje, etc.

El médico se enfrenta con la posibilidad de elegir cual o cuales son las modalidades de mayor utilidad y confiabilidad, según sus necesidades, sea en su propio país o en el extranjero (12).

Se ha destacado reiteradamente que no todo lo que se ofrece es educación, y que hay grandes variaciones tanto en la forma como en los resultados del proceso educacional.

Asimismo, se hace distinción entre educación médica pasiva y activa (3).

Se señala que la educación pasiva es la recepción o adquisición de nuevos conocimientos para usarlos en su propio trabajo, ampliando su horizonte personal. Tiene muchas virtudes y se considera útil. Como ejemplos se destacan las conferencias, cursos, simposios o congresos. Los conocimientos adquiridos no siempre se aplican en el ejercicio profesional.

En la educación activa, en cambio, el médico debe centrar su acción en un campo de su preferencia, participando activamente mediante contribuciones personales u originales. Para ello es necesario iniciar esta educación en los comienzos de su vida profesional, profundizando el conocimiento al buscarlo en sus fuentes originales, contribuyendo con observaciones propias (no de los demás) a aumentar la experiencia en ese campo, y enseñando o difundiendo los conocimientos y experiencias ad-

quiridos. En clínica, esta educación activa se logra muy especialmente en el adiestramiento en servicio, que comienza con las residencias médicas.

Cada país vive su propia realidad, y a la luz de ella debe propender a una mejor educación médica continua. En algunos ya se está obligando a una nueva certificación o a acreditar nueva licencia, en otros la educación médica continua está en sus inicios.

## SITUACION EN CHILE

En Chile existe desde 1952 una medicina organizada. El Servicio Nacional de Salud tiene en todo el país niveles de atención coordinados en su acción, con participación de equipos de salud multiprofesionales.

La educación formal de pregrado se realiza en nueve facultades de medicina, de las cuales seis son de la Universidad de Chile, y tres pertenecen a universidades particulares.

Los estudios de medicina tienen una duración de siete años, los dos últimos de internado rotatorio. El promedio de alumnos por curso es de 80 aproximadamente. El total de horas de la carrera varía entre 10,000 y 10,500 horas, más los turnos de residencia y urgencias.

Se forma un médico indiferenciado, no especializado, que recibe el título de médico-cirujano.

La educación formal de posgrado se inició en 1951 mediante el sistema de becas-residencias en especialidades, la mayor parte de las cuales son financiadas por el Ministerio de Salud. La realización de los programas es responsabilidad de las facultades de medicina. No existe la especialidad de medicina familiar.

La educación médica continua se lleva a cabo desde hace muchos años y es desarrollada por las universidades, el Ministerio de Salud y las sociedades científicas. La Sociedad Médica de Santiago de Chile se fundó en 1869 y la Revista Médica de Chile (primera nacional) inició su publicación en 1872.

Las modalidades de educación médica continua existentes en el país son:

- Cursos de perfeccionamiento o actualización para especialistas o médicos generales.
- Estadías de perfeccionamiento por períodos variables en servicios acreditados.

- Adiestramiento en el servicio donde trabaja el profesional.
- Regionalización docente-asistencial en zonas cercanas o alejadas del centro universitario.
- Asistencia a eventos nacionales e internacionales.
- Autoformación, según sus necesidades, buscando la información que necesite en revistas o textos, o utilizando algunos medios audiovisuales.
- Participación en investigación científica e investigación clínica aplicada.

Existe una coordinación interinstitucional por medio de la "Comisión Nacional Docente-Asistencial", integrada por el Ministro de Salud que la preside, los Decanos de Facultades, el Director de la Oficina de Graduados de la Universidad de Chile, y representantes del Colegio Médico y otras instituciones.

La experiencia ha demostrado que esta Comisión, del más alto nivel, permite intercambiar opiniones y buscar soluciones nacionales para brindar educación médica formal de pre y posgrado de alta calidad, y ofrecer educación médica continua a todos los profesionales de la salud, para mantenerlos en la senda del progreso científico y elevar el nivel de salud del país.

Tanto los indicadores globales de salud como los problemas de salud de mayor prevalencia indican que Chile está en una situación de salud que se puede calificar de intermedia. Si bien subsisten problemas asociados al subdesarrollo, como desnutrición moderada, enfermedades diarreicas y enfermedades infecciosas susceptibles de controlar, se puede señalar con satisfacción que la disminución observada en ellos ha determinado que las causas principales de defunción sean las afecciones cardiovasculares, los tumores malignos, y los accidentes y violencias, conjunto de problemas que constituyen la triada que registran países de elevado desarrollo.

Los países latinoamericanos tienen un enorme potencial humano y cultural que, unido a una racional utilización de recursos económicos muy variados, permitirá, a corto plazo, salir del estado de país en desarrollo, para entrar en la categoría de los que hoy se consideran desarrollados, logrando con ello la independencia cultural y social.

## RESUMEN

En los últimos tiempos, el tema de la educación médica continua parece haber adquirido más vigencia que nunca y ha sido objeto de numerosas publicaciones y reuniones a nivel nacional e internacional.

En el presente artículo la autora formula una serie de consideraciones en relación con la urgencia de que el profesional de la salud concilie las necesidades de salud de sus semejantes y los progresos que se han logrado en el conocimiento científico por medio de una educación médica continua que fomente el ejercicio de la carrera en función de la realidad.

Por último, da cuenta someramente de las actividades desarrolladas en Chile al respecto.

#### REFERENCIAS

(1) Medina, E. Trabajo de incorporación como Miembro de Número, Academia de Medicina de Chile.

(2) Velasco, C. Formación de recursos humanos en el área de la salud. Educación continuada. Tema Oficial, II Congreso Sudamericano de Administración Hospitalaria. Montevideo, Uruguay, diciembre, de 1978.

(3) Richards, D. W., Jr. Continuing Education. *Bull NY Acad Med* 47:1257-1261, 1971.

(4) Stein, L. Accreditation of continuing medical education and public credibility. *Bull NY Acad Med* 55:346-355, 1979.

(5) Parrochia, E. Regionalización docente-asistencial en salud. Documento de Trabajo No. 118, octubre de 1978. Corporación de Promoción Universitaria. Chile.

(6) Del Campo, E., E. Parrochia *et al.* Informe de la Comisión de Regionalización Docente-Asistencial de Salud. Ministerio de Salud, Chile, 1978.

(7) Velasco, C. La coordinación docente-asistencial y el mejoramiento de la salud. *Cuadernos Médicos-Sociales* 19:11, 1978.

(8) Davis, D. Continuing education in the community hospital: an interprofessional approach. *J Med Educ* 52:745-751, 1977.

(9) Manning, P., *et al.* Continuing medical education linking the community hospital and medical school. *J Med Educ* 54:461-466, 1979.

(10) Velasco, C. La educación y formación del médico general. Tema Oficial, VII Conferencia Panamericana de Educación Médica, Nueva Orleans, E.U.A., octubre de 1978.

(11) Parrochia, E. Programa de adiestramiento en servicio en consultorios periféricos. *Bol Hosp San Juan de Dios* 25:323, 1978. Chile.

(12) Harrel, G. Continuing education. *J Med Educ* 52:434-436, 1977.

---

#### CONSIDERATIONS ON CONTINUING MEDICAL EDUCATION

(Summary)

Interest in continuing medical education appears to have increased greatly in

the recent past and considerable material has been published and many national and international meetings have been held on the subject.

In this article the author presents a series of comments urging the health professional to reconcile the health needs of his fellow men and the scientific progress achieved through a continuing medical education that will help him practice his profession on a realistic basis.

The article ends with a summary account of developments in this area in Chile.

## CONSIDERAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO MÉDICA CONTÍNUA

*(Resumo)*

O tema da educação médica contínua parece haver adquirido, ultimamente, maior vigência do que nunca, e tem sido objeto de numerosas publicações e reuniões a nível nacional e internacional.

No presente artigo, a autora formula uma série de considerações sobre a urgência de que o profissional da saúde concilie as necessidades de saúde de seus semelhantes com os progressos registrados pelo conhecimento científico, fazendo-o por meio de uma educação médica contínua, que promova o exercício da carreira em função da realidade.

No final, resume as atividades desenvolvidas no Chile, nesse campo.

## CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉDUCATION MÉDICALE PERMANENTE

*(Résumé)*

Ces derniers temps, le thème de l'éducation médicale permanente paraît être plus en vogue que jamais, et il fait l'objet de nombreuses publications et réunions aux niveaux national et international.

Dans le présent article, l'auteur formule une série de considérations sur l'urgence pour le professionnel de la santé de concilier les besoins de santé de ses semblables et les progrès réalisés dans le domaine de la connaissance scientifique par le biais d'une éducation médicale permanente qui permette aux carrières médicales d'évoluer en fonction des réalités.

Enfin, elle rend compte brièvement des activités qui se déroulent actuellement au Chili dans ce domaine.

# Adiestramiento en gerencia de servicios de salud<sup>1</sup>

DR. HUMBERTO DE MORAES NOVAES<sup>2</sup> Y DR. JOSE ROBERTO FERREIRA<sup>3</sup>

---

---

## INTRODUCCION

Las instituciones públicas y privadas responsables por la prestación de atención médica a la población han sufrido en los últimos años serios reveses y dificultades debido a la falta de personal ejecutivo suficientemente preparado para administrar estas complejas organizaciones.

En la América Latina la capacitación de administradores de servicios de salud durante muchos años era ofrecida exclusivamente por las escuelas de salud pública. A continuación presentaremos una breve reseña de la evolución de estas instituciones académicas en los últimos años y de la situación actual del adiestramiento en administración de salud en América Latina y el Caribe. Asimismo, analizaremos los nuevos enfoques que están adoptando algunos países, en los cuales varias instituciones trabajan en conjunto para desarrollar un programa multidisciplinario de formación de ejecutivos en el área de salud.

## PAPEL DE LAS ESCUELAS DE SALUD PUBLICA

El Comité de Expertos de la OMS en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar, reunido en Ginebra en diciembre de 1960, adoptó (1) la siguiente definición de escuela de salud pública:

“Es una institución dotada de recursos adecuados que, además de realizar trabajos de investigación y prestar servicios de salud pública, organiza cursos que

---

<sup>1</sup>Documento presentado a la Conferencia sobre Salud de la Población: Perspectivas de Cambio, celebrada en el Centro de Conferencias de la Fundación Rockefeller, Bellagio, Como, Italia, noviembre de 1980.

<sup>2</sup>Asesor Regional en Educación en Administración de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

<sup>3</sup>Jefe, División de Recursos Humanos e Investigación, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.



duran a tiempo completo un año académico por lo menos o su equivalencia, que comprenden las materias esenciales para entender los diversos problemas sanitarios y las doctrinas, normas de organización y técnicas cuyo conocimiento es necesario en la solución de los mismos y que están abiertos a los médicos y a los profesionales afines deseosos de obtener un título académico de sanidad”.

El propio Comité señaló que el principal objetivo de estas escuelas era la preparación de médicos para participar en la ejecución de los programas de salud. No hizo, sin embargo, referencia específica al adiestramiento de profesionales provenientes de escuelas de administración pública, aunque toda la formación de los administradores de hospitales estaba centralizada en estas escuelas.

El contenido del programa académico en este campo daba énfasis a cinco componentes: administración sanitaria (o administración de la salud pública o práctica de salud pública), estadística sanitaria (o bioestadística), epidemiología, saneamiento del medio y microbiología.

En 1961 Troupin realizó un estudio sobre nueve escuelas de salud pública en funcionamiento en la América Latina (2), encontrando en casi todas una estructura organizativa basada en departamentos que tenían las mismas denominaciones de las disciplinas básicas mencionadas anteriormente, y otras divisiones, tales como: odontología de salud pública, educación sanitaria, administración de hospitales, higiene materno-infantil, salud mental, nutrición, higiene del trabajo y enfermería de salud pública.

La enseñanza de la administración en general se enfocaba hacia aspectos intrahospitalarios y ofrecía oportunidad al estudiante de conocer algunos procedimientos de contabilidad y administración de personal, así como también la administración interna de varios departamentos del hospital (3).

La Escuela de Salud Pública de São Paulo, Brasil, inició en 1924 la enseñanza para posgraduados en este campo, a través del Instituto de Higiene, incorporándose a la Universidad de São Paulo en 1945. La Escuela sufrió una gran reorganización 20 años después, quedándose en el Departamento de Salud Pública las Cátedras de Tisiología, Odontología Sanitaria, Técnicas de Salud Pública y Administración Hospitalaria (4).

Horwitz, Arreaza Guzmán y otros (5-8) destacaban por esa misma época la importancia de las escuelas de salud pública e introdujeron en los planes de estudio disciplinas tales como: administración propiamente dicha, ciencias sociales y economía, como consecuencia de las necesidades

exigidas para la formación de administradores o gerentes de servicios de salud en los diferentes países.

A partir del decenio de 1960 se observaron algunas tentativas para reducir la extensión y profundidad de disciplinas tales como microbiología, parasitología y estadística pura en la formación de los administradores. Ello dio lugar a la inclusión en el currículo de otras materias, como: psicología, antropología, sociología y economía, revelando así una tendencia de evolución social en el sentido de exigir de los administradores de salud, médicos en la mayor parte de América Latina, una visión más amplia de los problemas de salud pública, con una preparación académica más a tono con la realidad con que se habría de enfrentar en los servicios de salud.

En 1964 el Grupo de Estudio de la OMS sobre Cursos Especiales para el Alto Personal Administrativo de los Servicios Sanitarios Nacionales señaló (9) que la administración de los servicios de salud constituía de por sí una especialidad, y que era conveniente que quienes desempeñan altos cargos administrativos en los servicios nacionales de salud hayan recibido una formación básica sancionada por el diploma o título de salud pública. También consideró que era conveniente organizar cursos avanzados y en particular programas de estudio que culminen en un "doctorado" con objeto de formar un cuerpo de administradores sanitarios "muy competentes".

No obstante, tenemos que destacar que lamentablemente hasta el momento no existe en la América y el Caribe ningún programa que ofrezca un curso de administración de salud a nivel de doctorado, como veremos más adelante.

Cuando Roemer estudió en 1964 las Escuelas de Salud Pública de Río de Janeiro y de São Paulo señaló (10) que los estudiantes del curso de administración pública recibían solo unas cuantas clases sobre funciones y organización de hospitales y que quedaba muy poco tiempo para los cursos optativos.

Refiriéndose a los cursos de cinco escuelas de salud pública de América Latina, observó el propio autor:

"En ninguna de las escuelas se ofrecen cursos sobre organización general de la atención médica, como parte del plan básico de estudios de salud pública. Las clases sobre administración de hospitales se concentran en la organización interna de estas instituciones. Los estudios de ciencia social son de carácter muy general y no dedican atención a la organización social de los servicios médicos. No se examinan los sistemas generales de una nación en el campo de la atención médica, ni tampoco los antecedentes necesarios para comprender estos sistemas.

“Existe una gran variedad en lo que se refiere a programas especializados de enseñanza de administración de hospitales. Algunos cursos están dedicados exclusivamente a médicos, e incluyen enseñanzas sobre los fundamentos de la salud pública así como sobre la administración interna de hospitales. Otros se organizan principalmente para personal administrativo de nivel intermedio; suelen concentrarse especialmente en cuestiones de hospitales, dedicando poca atención a la salud pública en general.

“... En muchos de estos programas se exponen brevemente los fundamentos de la administración de hospitales, pero no se examinan los problemas de mayor importancia en materia de organización de la atención médica.

“Ocasionalmente se ofrece a los estudiantes de medicina alguna conferencia sobre programas de seguro social y otros aspectos de la organización de la atención médica. Naturalmente, los aspectos preventivos de la salud pública son los que reciben mayor atención.

“... En general, el plan de estudios está muy recargado. Se ofrecen numerosas clases orales y seminarios a los estudiantes, las que, normalmente, les ocupan entre seis y ocho horas al día. A menudo se les ve cansados, y llama la atención el hecho de que raramente tomen notas en clases.

“De todos modos, dado el fuerte horario de clases, cabe preguntar si los alumnos disponen de algún tiempo para estudiar en sus hogares. Viene a agravar el problema la escasez de libros de texto y otras publicaciones de salud pública en castellano o portugués. ... Un agudo observador en América Latina comentaba en una ocasión que ‘las escuelas de salud pública ofrecen muchas enseñanzas, pero no sabemos lo que los estudiantes aprenden’. Esta es una afirmación que valdría la pena estudiar”.

Las anteriores observaciones siguen siendo válidas hoy en día.

En todos los estudios realizados, así como en las evaluaciones de los programas y en el trabajo de campo, la vivencia interna en servicios de salud u hospitales es relegada a un segundo plano en los cursos, y cuando ocurre, casi nunca se desarrolla en forma correcta, con presencia de tutores en los servicios o con seminarios y discusiones académicas, cuando deberían ser compatibilizados el aprendizaje teórico con la realidad del trabajo diario de una unidad de salud o de una compleja empresa pública o privada del área de la atención médica.

Otro hecho muy interesante es que, en general, los cursos han tenido y tienen hasta ahora gran vinculación académica con los Ministerios de Salud y casi siempre se enfocan hacia aspectos de medicina preventiva y tienen poca o ninguna relación con instituciones de asistencia médica o seguridad social, u organizaciones privadas relacionadas con sindicatos, empresas de salud en general y otras, que también mantienen la responsabilidad de ofrecer atención médica (preventiva y curativa) a la población.

Durante la Conferencia Interregional de Directores de Escuelas de Salud Pública realizada en Ginebra en 1966 (11) se propuso que los cursos de administración sanitaria fueran ampliados para que comprendieran la organización de la asistencia médica, la administración de hospitales y aspectos de seguridad social y asistencia social.

En 1967 Roemer y Abad Gómez (12) vuelven a insistir:

“A pesar de todo el movimiento de salud pública desde sus comienzos en Europa, en el siglo XIX, los programas concentran su atención principalmente en la prevención de las enfermedades, sobre todo las transmisibles (donde aún queda mucho por hacer), y estos programas requieren una sólida estructura administrativa de los servicios de salud del país para poder ejecutar las clásicas y fundamentales tareas administrativas de planificar, organizar y dirigir los servicios . . .

“La prestación eficaz de esos servicios de tratamiento no puede dejarse a los esfuerzos de médicos . . . En realidad, es tan elevado el costo de los servicios de tratamiento—especialmente el funcionamiento de hospitales—que su prestación requiere una organización racional y sistemática . . . De otro modo, se puede incurrir en un vasto despilfarro de dinero y recursos, lo que no puede permitirse ni siquiera la nación más rica”.

En el informe final del Primer Simposio sobre la Enseñanza de la Administración de los Servicios Médicos, celebrado en Medellín, Colombia, en 1967 (13), se señalaba:

“En todos los países de América, sin excepción, existe conciencia de la necesidad de contar con personal adiestrado, a nivel universitario, en disciplinas administrativas para desempeñar las funciones de administradores de salud y dirección de hospitales.

“Los grandes capitales invertidos en los hospitales y el costo creciente de su operación—determinados por el progreso médico, necesidad de personal altamente técnico, tratamientos caros, instalaciones y equipos en continuo perfeccionamiento—han hecho necesaria la evaluación de los rendimientos.

“[Dichas evaluaciones revelaron] . . . promedios de hospitalización exageradamente largos, porcentaje de ocupación de camas superior al necesario, uso deficiente del consultorio externo, demanda exagerada de análisis de laboratorio y de estudios radiológicos, trabajo médico individualista con desconocimiento de las ventajas del trabajo en equipo, hospitalizaciones innecesarias y falta de reuniones de estudio del personal profesional y técnico”.

Los estudios realizados al respecto en diferentes países (14) señalan que los hospitales consumen cerca del 80% de las inversiones en salud, tanto públicas como privadas.

A pesar de todas las recomendaciones formuladas, hasta fines del

decenio de 1960 los programas de los cursos que otorgan diplomas en administración en salud insistían en mantener como obligatorias disciplinas tales como: bacteriología, parasitología, epidemiología general, química sanitarias y otras, con lo que quedaba menos del 30% del plan de estudios para el área de administración propiamente dicha.

En el decenio de 1970 se observó una tendencia hacia la ejecución de programas docentes que siguen un criterio sistemático y cibernético para establecer objetivos educacionales que alimenten las actividades docentes y para que estas, a través de un proceso dinámico de evaluación (relacionado con las necesidades reales del país), modifiquen o reajusten a su vez los respectivos objetivos, cerrando así el círculo (15).

Dentro de esta orientación, Neri (16) ha sugerido que para una escuela latinoamericana "sería muy ilustrativo, para definir una política docente, contar con informaciones respecto a qué porcentaje de egresados cumplen funciones en la vida real relacionadas con los temas en los cuales se especializaron en la escuela".

Lamentablemente, no conocemos ningún estudio de las escuelas de salud pública que nos indique que han realizado una reevaluación de sus planes de enseñanza en función de las actividades ejecutadas por sus alumnos en los servicios de salud.

En 1969 Testa (17), en su presentación a la Sexta Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública, se refiere al tema en la forma siguiente:

"Creemos conveniente favorecer la relación estrecha de las escuelas de salud pública con la situación real del país o de la región donde operan, para evitar la disociación entre comunidad o instituciones docentes que, lamentablemente, se registra en otros campos de la educación superior... Como es obvio, muchas de las tareas a desarrollar dependerán de la capacidad operativa de cada escuela, pero las áreas de investigación, introducción de métodos de administración moderna, supervisión de la enseñanza descentralizada y, por supuesto, formación de personal especializado, caen indudablemente bajo su responsabilidad".

En esa misma oportunidad Restrepo (18) propuso tres etapas académicas para la formación de un "magister" en salud pública:

"La primera incluiría anatomía y fisiología de la comunidad... y se dedicaría al estudio de la estructura de las comunidades y su funcionamiento a través de materias tales como ecología, ciencias sociales y estadística.

"La segunda se destinaría al diagnóstico de la situación de salud... [e incluiría] materias como demografía y epidemiología.

“En la tercera etapa, de tratamiento de la situación de salud, se estudiaría administración general, administración pública, administración de salud, administración médica y hospitalaria y planificación de salud”.

Esa tercera etapa representaba el 50% del plan de enseñanza.

Estos mismos asuntos vuelven a ser discutidos durante la VII Conferencia, celebrada en La Habana en 1971 (19).

En 1971 comienza a observarse un cambio en el diseño de los programas de capacitación de recursos humanos en administración de salud, que ya no se basan en modelos de disciplinas tradicionales, sino en objetivos educacionales (20,21).

En 1973 se realizó en Italia una conferencia internacional para examinar la situación actual y las perspectivas de las escuelas de salud pública, de la cual emanaron varios trabajos. Veamos lo que dijo Santas en esa ocasión (22) con relación al futuro de las escuelas y que consideramos interesante:

“Las innovaciones no se producen sin dificultades. Algunos profesores tienen aún una actitud profundamente arraigada frente a los conceptos y métodos de docencia tradicionales, que los lleva a resistir o a rechazar la introducción de cambios. Quizás los profesores que tienen una mentalidad más crítica y progresiva no constituyen la mayoría, pero cuentan con el apoyo de los estudiantes y ejercen de hecho gran influencia. Todavía existen barreras entre las escuelas de salud pública y el gobierno, debido principalmente a la rigidez de las estructuras académicas y burocráticas. Por otra parte, aun cuando no se ha logrado la planificación y la organización de los programas en el grado deseado, se han dado pasos importantes en el camino correcto.

“Las escuelas de salud pública se plantean la necesidad de reevaluar sus filosofías y de establecer nuevos objetivos. Han tomado conciencia de la necesidad de determinar con claridad las funciones para las cuales van a capacitar a sus egresados. Comprenden asimismo que el recurso humano no es pues más un insumo a agregar al resto de los recursos, sino un producto cuyo nivel de capacitación surge del estudio de necesidades y funciones a cumplir en cada caso. Estos conceptos son también responsables, hasta cierto punto, de los cambios que se están implantando en las escuelas de medicina.

“Podemos asumir sin temor a equivocarnos que el proceso que comenzó a mediados del decenio de 1960 habrá de continuar y se incrementará en los años que restan del decenio de 1970. No hay dudas de que presenciaremos una reevaluación de propósitos y de políticas, así como de responsabilidades en cuanto a planificación, organización y administración de la atención médica; una relación más estrecha entre los clínicos y el personal de salud pública; una capacitación compartida a nivel de pregrado; una cooperación más estrecha entre las instituciones gubernamentales; una utilización de los recursos humanos

para el desarrollo; un mayor adiestramiento en la comunidad, y un énfasis creciente en la investigación.

“Las escuelas se enfrentarán indudablemente con nuevos problemas a medida que amplian su compromiso en función de la realidad siempre cambiante de las regiones en desarrollo. Uno de estos problemas puede tener su origen en las propias características de la escuela tal como han sido entendidas hasta ahora. A medida que la enseñanza de la salud pública se integra en la docencia médica de pregrado, algunos programas serán eliminados. Quizás las escuelas de salud pública limitarán sus programas a la organización de cursos de posgrado modernos y muy especializados. No hay duda de que participarán de manera más activa en la ejecución de programas de medicina comunitaria, en el desarrollo de investigaciones organizadas y sistemáticas de los problemas nacionales de salud y en la educación continua de sus egresados.

“Como sucede con todas las instituciones de educación superior, la escuela de salud pública debe servir a la sociedad que la creó y que la mantiene y de la cual forma parte integrante. En medicina el paciente es el instrumento principal por el que se capacita el estudiante, y tanto el médico como el estudiante deben acercarse al paciente con una actitud de servicio y el deseo de ayudar. Para la escuela de salud pública, este instrumento lo constituye la comunidad, y solo cuando la escuela esté dispuesta a servirla con el fin de introducir cambios tendrá el derecho de emplear a la comunidad para cumplir sus funciones básicas de docencia, investigación y servicio”.

## ESTADO ACTUAL DE LA CAPACITACION EN ADMINISTRACION DE SALUD

En 1977 Bobenrieth y Peña Mohr realizaron un estudio (23) de 44 programas regulares de educación en administración de atención de salud en América Latina y el Caribe. A continuación transcribiremos algunos datos de dicho estudio.

En 1929 se creó el primer programa de administración en salud a nivel de posgrado en el Brasil. Desde entonces fueron surgiendo cursos con diferentes características en varios de los países.

Hasta 1949 había cinco programas de posgrado en salud pública; en los tres decenios siguientes surgieron ocho programas más de “administración de salud”, inicialmente orientados a la administración hospitalaria, y cuatro programas, también a nivel de posgrado, de “medicina social”. El mayor número de programas (35) fue creado a partir de 1960.

Los programas profesionales sin nivel de maestría de posgrado van ad-

quiriendo peso creciente y representan el 33.3% del total de cursos en el decenio pasado.

De 1950 a 1959 las asociaciones de hospitales y las escuelas de medicina comenzaron a asumir un papel importante en la creación de nuevos programas, mientras que las escuelas de administración y las instituciones de seguridad social solo empezaron sus actividades en este campo entre 1960 y 1969. A fines de 1969, las escuelas de salud pública conservaban el mayor peso relativo en la generación de nuevos cursos.

En los últimos 10 años se observa una acción más agresiva en las escuelas de medicina, así como nuevas iniciativas para la creación de cursos por parte de las escuelas de administración y las instituciones de seguridad social.

Los 44 cursos que existían en 1977 estaban distribuidos en 11 países de la Región (cuadro 1), y tenían características muy variadas en cuanto a objetivos, currículo, contenidos, alumnos y profesores. Debe destacarse que 19 países de la América Latina y el Caribe no tienen cursos ni programas de administración de servicios de salud. El 50% de los programas es ofrecido por las escuelas de salud pública (cuadro 2).

Los programas de posgrado en "administración en salud" a nivel de maestría son ofrecidos tanto por escuelas de salud pública como por escuelas de medicina o de administración. Por otro lado, los cursos de "salud pública" a nivel de maestría solo son ofrecidos por escuelas de salud pública, y los de "medicina social" solo por escuelas de medicina.

Cuadro 1. Número de programas por países.<sup>a</sup>

País	No. de programas	%
Brasil	10	22.72
Colombia	8	18.18
México	7	15.91
Venezuela	4	9.09
Argentina	3	6.82
Chile	3	6.82
Perú	3	6.82
Jamaica	2	4.55
Puerto Rico	2	4.55
Costa Rica	1	2.27
Cuba	1	2.27
Total	44	100.00

<sup>a</sup>"Programas" significa "cursos", por lo que una misma institución pueden tener varios programas o cursos.



**Cuadro 2. Número de programas por institución.**

Institución	No. de programas	%
Escuelas de salud pública	22	50.00
Escuelas de medicina	8	18.18
Escuelas de administración	3	6.82
Centros de educación	6	13.63
Asociación de hospitales	2	4.55
Instituciones de seguro social	3	6.82
Total	44	100.00

De los 11 países que cuentan con cursos de capacitación de administradores y que, directa o indirectamente, enseñan "administración", nueve de los cursos se ofrecen en escuelas de salud pública. En México y Perú estas escuelas pertenecen a los ministerios de salud y en los demás países forman parte de la estructura universitaria.

Solamente en Brasil y Chile las escuelas de administración se responsabilizaban por este tipo de programas. En Costa Rica y México las asociaciones de hospitales realizan actividades educativas, y únicamente en México el Instituto Mexicano de los Seguros Sociales ofrece cursos regulares de administración de salud.

En los últimos cinco años se descontinuaron programas en Argentina, Chile, Jamaica, México, Perú y Venezuela y simultáneamente surgieron nuevas iniciativas en Colombia, Ecuador y México.

#### TRANSICION DEL PROCESO EDUCACIONAL PARA ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Al analizar la relación que existe entre administración de salud y administración pública, Kisil (25) destaca por lo menos dos razones por las cuales administración de salud es un área de administración pública:

1. La creciente demanda de servicios de salud hicieron públicas estas demandas.
2. El resultado de la cultura política de los países latinoamericanos, donde un tipo particular de modelo de gobierno involucra un papel intervencionista del Estado.

En este sentido, considera que por medio de la administración pública el Estado está interfiriendo cada vez más en la vida socioeconómica y

política de los países de la Región. De esta manera, los sistemas de asistencia médica-social reciben el impacto de la intervención estatal y por lo tanto la administración de servicios de salud debe ser entendida dentro de los límites de la administración pública.

Consideramos que el actual administrador de servicios de salud —y por tal entendemos el o la responsable de la gerencia de uno o varios centros de salud comunitarios, de un programa regional de atención primaria, de un hospital público o privado, de un plan de seguro de salud, etc. — debe poseer conocimientos, manejar técnicas y desarrollar habilidades para comprender la organización en que está insertado y ejecutar las acciones que el trabajo o la demanda de la población exija en un tiempo determinado.

Según Beckhard y Harris (26), en el decenio de 1970 la presión para que se introdujeran cambios organizativos en cuanto a las actividades y prioridades fue mucho mayor que en el decenio anterior, como consecuencia del desarrollo tecnológico y del continuo aumento de la complejidad de las tareas. En los últimos cinco años, los problemas provenientes de los cambios en las prioridades sociales y económicas de los países están demandando administradores o gerentes ejecutivos con capacidad para tomar decisiones de acuerdo con las funciones de la organización y las prioridades sociales.

Al igual que las demás instituciones, los servicios y programas de salud sufrieron los impactos arriba mencionados. Eso hizo que la Organización Panamericana de la Salud, a través de su División de Desarrollo de Recursos Humanos e Investigación, examinara cuidadosamente la estructura básica de los currículos y el adiestramiento en administración propiamente dicho de acuerdo con las nuevas exigencias, con el fin de que los cursos en el futuro estén mejor adaptados a la naturaleza de las tareas a ser ejecutadas.

Para atender la complejidad creciente de la administración en el campo de la salud no existe hoy ninguna institución en los países de América Latina y el Caribe que pueda proporcionar aisladamente, con sus propios recursos docentes, adiestramiento académico adecuado al respecto.

Como ya señalamos, las escuelas de salud pública, en su mayoría, se limitan a ofrecer cursos o planes de enseñanza ortodoxos, inflexibles en cuanto a las necesidades que exigirán los próximos 20 años en el campo de la atención médica.

Lo que uno de nosotros (27) ha venido proponiendo en estos países es el trabajo conjunto de diferentes escuelas, integradas con servicios de salud

Fig. 1. Modelo simplificado de estructura matricial para un programa de adiestramiento en gerencia de servicios de salud.

Programas o cursos (ejemplos)	Instituciones (ejemplos)								
	Escuelas de Administración Pública	Escuelas de Administración de Empresas	Escuelas de Ingeniería	Escuelas de Medicina	Escuelas de Salud Pública	Ministerio de Salud	Hospitales	Centros de Salud	Otros
Curso de maestría	●		●		●	●	●	●	
Curso de especialización		●	●	●					●
Programa de residencia		●				●	●	●	
Cursos cortos	●								●
Proyectos de investigación	●	●				●			
Publicaciones	●		●	●					
Otros									

privados o públicos, de acuerdo con las características sociopolíticas de cada país, para desarrollar en conjunto programas avanzados de educación en administración de salud.

La estructura de estos programas obedece a una flexible y dinámica organización matricial donde las instituciones participan con su personal docente especializado y los servicios de salud, con sus facilidades para desarrollar programas de enseñanza (figura 1).

En Brasil y en Colombia ya están funcionando programas que relacionan a más de una escuela con los servicios de salud y se espera que próximamente se inicien cursos semejantes en otros países de América Latina.

## RESUMEN

En lo que va de este siglo se ha realizado un esfuerzo constante para preparar recursos humanos suficientemente calificados para administrar empresas en el área de la salud. Sin embargo, y a pesar de una gran cantidad de recomendaciones e iniciativas promovidas por la OPS, por fundaciones privadas y por los propios gobiernos, la situación del personal encargado de la administración de la atención médica sigue siendo crítica.

Teniendo en cuenta la situación de la administración en salud en la Región, se propone que diferentes instituciones académicas se asocien con los servicios de salud para que, conjuntamente, programen cursos con un enfoque multidisciplinario (como se ve en el anexo), que ofrezcan al estudiante la oportunidad de adquirir conocimientos y habilidades en diferentes campos, de manera que cuenten con los elementos indispensables para administrar los complejos servicios y programas de salud que están exigiendo los nuevos tiempos.

## REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. *Normas recomendadas para las escuelas de sanidad. Décimo Informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar*. Ginebra, Serie de Informes Técnicos No. 216, 1961.
- (2) Troupin, J. L. Informe sobre la visita a escuelas de salud pública en la América Latina. *Segunda Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública* (Venezuela, 1961). Washington, D.C., Publicación Científica de la OPS No. 60, 1962.
- (3) Paula Souza, R. de. Comentários em torno do relatório da OMS sobre escolas de saúde pública. *Segunda Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública. Op. cit.*
- (4) Mascarenhas, R. S. Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. *Cuarta Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública* (Puerto Rico, 1965). Washington, D.C., Publicación Científica de la OPS No. 141, 1965.
- (5) Horwitz, A. Enseñanza superior de salud pública. *Segunda Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública. Op. cit.*
- (6) Arreaza Guzmán, A. La enseñanza de la planificación en las escuelas de salud pública. *Tercera Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública* (São Paulo, 1963). Washington, D.C., Publicación Científica de la OPS 92, 1964.
- (7) Martínez, P.D. La enseñanza de las ciencias de la conducta en la Escuela de Salud Pública de México. *Tercera Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública. Op. cit.*
- (8) Organización Panamericana de la Salud. *Segunda Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública. Op. cit.*
- (9) Organización Mundial de la Salud. *Cursos especiales para el alto personal administrativo de los servicios sanitarios nacionales. Informe de un Grupo de Estudio*. Ginebra, Serie de Informes Técnicos No. 311, 1965.
- (10) Roemer, M. I. La enseñanza de la atención médica y de la administración de hospitales en las escuelas de salud pública de América Latina. Informe preparado para la OPS. Washington, D.C., documento mimeografiado, 1965.

(11) Organización Mundial de la Salud. *Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública. Informe de una Conferencia Interregional de la OMS*. Ginebra, Serie de Informes Técnicos No. 351, 1967.

(12) Roemer, M. I. y H. Abad Gómez. Enseñanza de la atención médica en las escuelas latinoamericanas de salud pública. *Quinta Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública* (Argentina, 1967). Washington, D.C., Publicación Científica de la OPS No. 171, 1968.

(13) Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la administración de servicios médicos. *Quinta Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública. Op. cit.*

(14) Organización Mundial de la Salud. *Training Manpower for Health Administrations—Report of the Working Group on Specific Problems of Schools of Public Health*. Bruselas, 1975.

(15) Organización Mundial de la Salud. *Planificación y evaluación de servicios de educación sanitaria*. Ginebra, Serie de Informes Técnicos No. 409, 1969.

(16) Neri, A. Algunas observaciones sobre las escuelas de salud pública. Informe personal, 1979.

(17) Testa, M. Planificación de recursos humanos para la salud en cuanto a tipos, cantidad y adecuación a la función. *Educ Méd Salud* 4 (1-2):69, 1970.

(18) Restrepo, G. Desarrollo de la América Latina y responsabilidad de las escuelas de salud pública en la formación de personal. *Educ Méd Salud* 4 (1-2):97, 1970.

(19) Documentos de la VII Conferencia de Escuelas de Salud Pública. *Educ Méd Salud* 6 (1):3-62, 1972.

(20) Organización Mundial de la Salud. *Enseñanzas teóricas y prácticas de perfeccionamiento en salud pública. Informe de un Comité de Expertos de la OMS*. Ginebra, Serie de Informes Técnicos No. 533, 1973.

(21) Organización Mundial de la Salud. *Formación teórica y práctica del personal docente de las escuelas de medicina y de ciencias de la salud*. Ginebra, Serie de Informes Técnicos No. 521, 1973.

(22) Santas, A. A. Schools of Public Health in Latin America. En: *Schools of Public Health: Present and Future*. Bowers, J. Z. y E. F. Purcell (eds.). Nueva York, Josiah Macy, Jr. Foundation, 1974.

(23) Bobenrieth, M. y J. Peña Mohr. Estudio de cuarenta y cuatro programas regulares de educación en administración de atención de salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, documento mimeografiado, 1977.

(24) Encuesta sobre las Escuelas de Salud Pública de la América Latina. *Educ Méd Salud* 3 (3):163, 1969.

(25) Kisil, M. Education in Health Administration in Latin America. Assessment and Opportunities. AUPHA Annual Meeting. Washington, D.C., 1980.

(26) Beckhard, R. y R. T. Harris. *Organizational Transitions: Managing Complex Change*. Reading, Mass., Addison-Wesley Publishing Co., 1977.

(27) Novaes, M. M. A formação de administradores de saúde no Brasil. *Jornal o Estado de São Paulo*. São Paulo, 12 de junio de 1977.

---

## TRAINING IN HEALTH SERVICE MANAGEMENT (Summary)

Since the beginning of this century, countless efforts have been made to give adequate training to those who will be responsible for administering the health services. Yet, despite numerous recommendations and initiatives promoted by

PAHO, private foundations, and the governments themselves, the situation with respect to medical care administration remains critical.

In view of the status of health administration in the Region, the authors propose that different academic institutions join with the health services in the organization of courses based on a multidisciplinary approach (as shown in the annex), which would enable the students to acquire knowledge and skills in different areas so that they can take over the management of the complex health services and programs required in the world of today.

### TREINAMENTO EM ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (*Resumo*)

No decorrer do século atual tem sido envidado um esforço constante para preparar recursos humanos suficientemente qualificados em administração de empresas na área da saúde. Contudo, apesar de copiosas recomendações e iniciativas promovidas pela OPAS, por fundações privadas e pelos próprios governos, continua sendo crítica a situação do pessoal encarregado da administração da atenção médica.

Levando em conta a situação da administração em saúde na Região, propõe-se que diferentes instituições acadêmicas de associem com os serviços de saúde a fim de programar, em conjunto, cursos com enfoque multidisciplinar (tal como consta em anexo), que ofereçam ao estudante a oportunidade de adquirir conhecimentos e aptidões em diferentes campos, de modo a contarem com os elementos indispensáveis para administrar os complexos serviços e programas de saúde que os novos tempos exigem.

### FORMATION EN ADMINISTRATION DES SERVICES DE SANTÉ (*Résumé*)

Au cours de ce siècle, des efforts constants ont été consacrés à préparer un personnel suffisamment qualifié pour administrer les activités dans le domaine de la santé. Cependant, malgré un grand nombre de recommandations et d'initiatives lancées par l'OPS, par des fondations privées et par les gouvernements eux-mêmes, la situation du personnel chargé de l'administration des soins de santé reste critique.

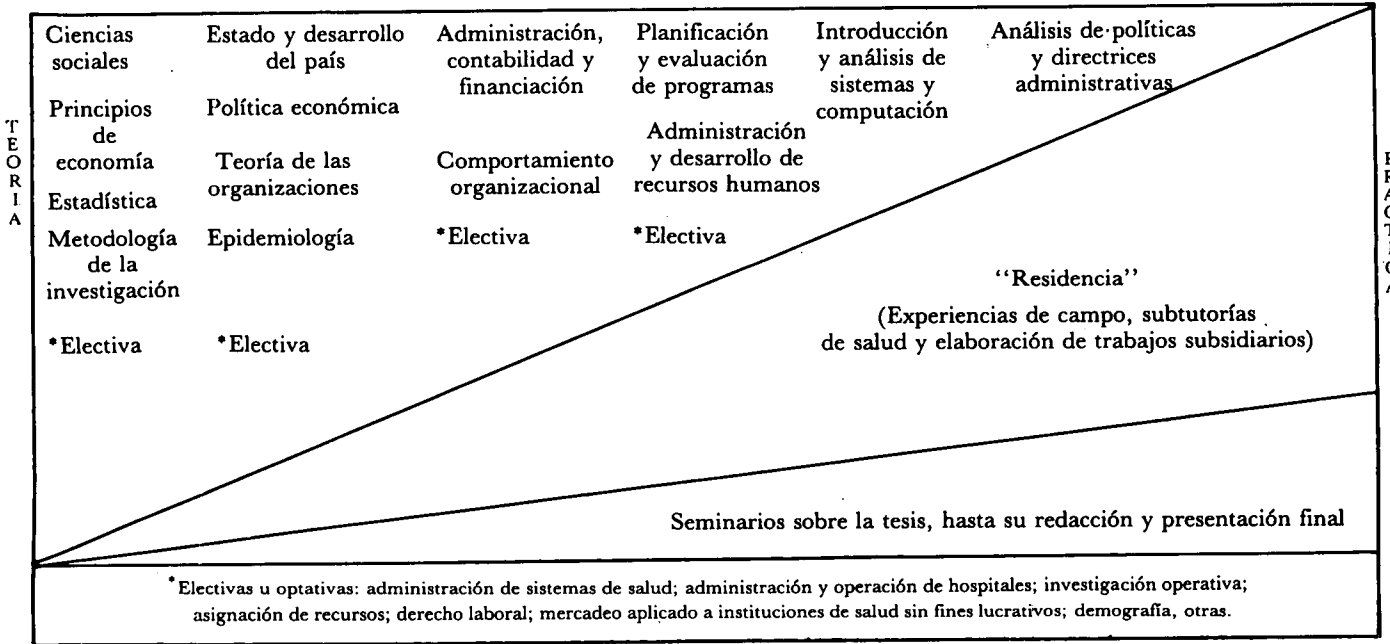
Compte tenu de la situation de l'administration des services de santé dans notre région, il est proposé que différentes institutions universitaires associent leurs efforts à ceux des services de santé afin d'élaborer des cours à vocation multidisciplinaire (comme il est indiqué en annexe) qui offrent à l'étudiant l'occasion d'acquérir des connaissances et des qualifications dans différents domaines de manière à posséder les éléments indispensables pour administrer les services et programmes de santé complexes qu'exigent les temps nouveaux.

Anexo

Plan de enseñanza de un curso de maestría en administración de servicios de salud

1 mes

± 18 meses



PRÁCTICA

TESIS

## Crónica

### Actividades de desarrollo de recursos humanos de la OPS<sup>1</sup>

Como resultado de la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas en septiembre de 1977, y la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, U.R.S.S., un año después, en 1979 se formularon planes para ofrecer atención de salud a toda la población y mejorar sus condiciones de vida, en el término de los dos próximos decenios. En consecuencia, paralelamente a la introducción de modificaciones y mejoras en los sistemas de salud, las instituciones de enseñanza en la Región se estaban organizando para formar el tipo y el número de personal de salud requerido para cumplir la meta de salud para todos en el año 2000.

La información disponible indica que en 1970 había en América Latina y el Caribe 580,000 trabajadores de salud y que en 1977

la cifra ascendía a 977,000, lo que representa un aumento de 20.6 a 28.7 por 10,000 habitantes en esos siete años. De ello cabe deducir que en 1979 las dos zonas contaban con 1,050,000 trabajadores de salud.

Por consiguiente, es de suponer que probablemente no existe una escasez general de este personal, sino más bien una falta de trabajadores en ciertas categorías, junto con distribución desigual en la estructura ocupacional del sector. En el cuadro que aparece más adelante, se indica la distribución del personal de salud y las modificaciones de que ha sido objeto, por categorías principales.

Si bien algunas variaciones en las estadísticas se deben a un mejoramiento del registro, a criterios de clasificación diferentes y a la inclusión de ciertos grupos

	1968		1974		1977	
	Número	%	Número	%	Número	%
Personal con formación universitaria o superior	254,000	47	509,000	63	616,000	63
Personal técnico	62,000	11	41,000	5	43,000	4
Personal auxiliar	<u>224,000</u>	<u>42</u>	<u>266,000</u>	<u>32</u>	<u>318,000</u>	<u>33</u>
	540,000	100	816,000	100	977,000	100

<sup>1</sup>Reimpreso del *Informe Anual del Director, 1979*. Documento Oficial de la OPS 171 (1980).





técnicos en la categoría profesional, los cambios observados en el decenio de 1970 muestran, sin duda alguna, una grave escasez de personal técnico de categoría intermedia y un constante aumento de los profesionales.

Ambos hechos indican que la política de conferir prioridad a la preparación de técnicos y auxiliares aún no se ha puesto en práctica y que ese personal no puede utilizarse plenamente en los servicios de salud en sus condiciones actuales.

Según los cálculos realizados en 1977 del personal requerido para dotar adecuadamente a las nuevas unidades de salud en los próximos años, se necesitarán más de un millón de trabajadores adicionales en 1990. Esto no significa que deba aumentarse al doble la fuerza laboral entre 1979 y 1990—lo que es muy improbable—sino que la red cada vez mayor de unidades de prestación de servicios absorberá a un millón más de trabajadores. Entre ellos figurarán 139,000 profesionales, 239,000 técnicos y 661,000 auxiliares. Se advierte fácilmente que el personal que más se necesitará en el futuro será el auxiliar, seguido del técnico y, en menor medida, el profesional.

En este sentido, conviene advertir que en la mayoría de los países la formación

universitaria es satisfactoria y que la mayor parte de los servicios de salud se ocupan del adiestramiento de auxiliares, aunque generalmente en forma inadecuada. Pero las instalaciones para capacitar técnicos de nivel medio son muy escasas, lo que exige urgentemente una revisión de las políticas actuales.

Se considera que el costo de la preparación de este personal adicional para América Latina y el Caribe se elevará a EUA\$1,000 millones durante el próximo decenio.

Sin embargo, hay que subrayar que el problema fundamental no residirá en el costo inicial de la capacitación de estas personas sino en los gastos periódicos que implica su empleo posterior y remuneración adecuada. Los gastos periódicos constituyen un problema para las instituciones nacionales y es preciso garantizar un financiamiento nacional suficiente—o en su ausencia, externo—para que los propios países puedan absorber esos costos.

En cuanto a la calidad, el nuevo personal deberá ser preparado para prestar servicio en sistemas de salud en los que se dará énfasis a la atención primaria. Pero, ante las apremiantes necesidades inmediatas, se deberá tratar con todo empeño de ofrecer a este personal adiestramiento básico que posteriormente les permita especializarse o adquirir nueva formación en otros campos.

La estimación del personal necesario para el desarrollo de los servicios de salud en el decenio de 1990 dependerá de la cobertura alcanzada, la evolución de la estrategia de atención primaria, el grado de éxito en el control de las enfermedades transmisibles y los cambios en materia de patología que ocurran en el decenio de 1980. Sin embargo, hay que tener presente que en el año 2000 el número de trabajadores de salud en América Latina y el Caribe se aproximará a los dos millones—aun suponiendo que se reduzca el ritmo de crecimiento actual.

**La capacitación de personal de salud, en cantidad suficiente y del tipo requerido para proporcionar salud para todos antes de fin de siglo, requerirá la planificación, administración y desarrollo de recursos humanos, tecnológicos y educacionales. (Fotos: Universidad de las Indias Occidentales, Jamaica, y Banco Interamericano de Desarrollo)**

## PLANIFICACION Y ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS

### Planificación de recursos humanos

La OPS colaboró con el Ministerio de Salud de las Bahamas en la realización de un censo del personal de salud y la formulación de un plan de desarrollo de recursos humanos. Asimismo, patrocinó un seminario sobre planificación de esos recursos en el Caribe, en el que participaron representantes de las Bahamas, Barbados, Grenada, Guyana, Jamaica, Trinidad y Tabago y la Universidad de las Indias Occidentales. Se aprobó un programa integrado de planificación de personal de salud para el sector de habla inglesa del Caribe.

En la subregión andina, la OPS prestó asesoramiento a Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela en la formulación de sistemas de información sobre personal de salud y en la organización de dependencias de recursos humanos en los ministerios de salud. En colaboración con el Ministerio de Salud de Colombia, la OPS preparó y organizó el segundo curso internacional sobre planificación de recursos humanos, destinado a participantes de 15 países de la Región, pero el curso tuvo que prorrogarse hasta principios de 1980.

### Educación y adiestramiento en administración de salud

La OPS contribuyó al mejoramiento de las relaciones recíprocas entre 45 cursos sobre administración de la atención de salud en Argentina, Brasil, Colombia, Costa

Rica, Cuba, Chile, Jamaica, México, Perú, Puerto Rico y Venezuela y los servicios e instituciones que integran los sistemas de salud de esos países. Así, cooperó en las actividades siguientes:

- Reformulación de los planes de enseñanza de los cursos, con énfasis especial en los objetivos referentes al comportamiento, así como a un equilibrio adecuado entre la teoría y la práctica.
- Fomento de la capacitación de instructores, tanto para actualizar sus conocimientos teóricos y prácticos sobre determinadas materias como para mejorar sus aptitudes pedagógicas.
- Coordinación de la educación continua para un conjunto esencial de administradores de nivel intermedio y superior.
- Fomento tanto del interés como de la capacidad para realizar investigaciones sobre problemas de producción y calidad de los servicios de salud.
- Desarrollo de sistemas de información y comunicación entre los programas educativos de 22 países.
- Creación de nuevos programas de estudios superiores en México y Centro América que, junto con los existentes en Río de Janeiro y São Paulo, Brasil, y en Cali, Colombia, formarán la red latinoamericana que atenderá la demanda de capacitación de instructores y de investigación en administración de servicios de salud.

Se completaron los capítulos sobre administración y gestión, administración de servicios de salud, administración de hospitales y administración de salud pública del directorio de la OPS/OMS de programas de adiestramiento en América Latina y el Caribe, que constituirá un instrumento informativo de gran utilidad para las autoridades de salud y los becarios.

Con el generoso apoyo financiero de la Fundación W. K. Kellogg, empezó la fase complementaria del programa destinado a

coordinar y prestar apoyo a la educación en administración de salud en América Latina y el Caribe. Esta fase incluye la evaluación del programa general, desarrollo de sistemas eficaces de información y comunicación, mejoramiento del proceso educacional, establecimiento de programas de educación continua para personal ejecutivo de diversas categorías y preparación de modelos de prestación de servicios de salud para lograr la integración docente-asistencial y llevar a cabo investigaciones aplicadas sobre problemas de atención de la salud.

### Educación continua

La OPS colaboró con los países en el desarrollo de programas de educación continua de personal de salud, confiriendo prioridad a los equipos que prestan atención primaria de salud en zonas periféricas.

En el año, Bolivia, Colombia, Ecuador y Guatemala empezaron a participar en el proyecto hemisférico de educación continua patrocinado conjuntamente por la OPS y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional. La OPS preparó también un plan de operaciones para la participación de la República Dominicana en el

proyecto. Colaboró con los países participantes en la elaboración de planes operativos y en la ejecución de proyectos nacionales, mediante asesoramiento, adjudicación de becas, organización de cursos y seminarios nacionales y suministros de material y equipo. Asimismo, dio apoyo a los Ministerios de Salud de Chile, Jamaica, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Venezuela en la planificación de programas nacionales y su futura participación en el programa hemisférico.

En la Sede de la Región de las Américas se celebró un seminario internacional sobre educación continua con participación de otras regiones de la OMS. Los asistentes llegaron a un acuerdo sobre las actividades que se llevarán a cabo en el marco del proyecto hemisférico y estudiaron la posible cooperación entre las diversas regiones de la OMS en el campo de la educación continua.

La OPS, en apoyo de las actividades nacionales, patrocinó un taller en San José, Costa Rica, sobre técnicas de educación continua y del adulto, al que asistieron participantes de 12 países de la Región.

Con el fin de intercambiar experiencias entre los países latinoamericanos, la OPS publicó y distribuyó una guía sobre organización de programas de educación continua, así como diversos documentos técnicos.

## DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

### Desarrollo institucional y de programas

La OPS colaboró con los países en la integración de sus escuelas relacionadas con la atención de salud, mediante pro-

gramas que incluyen la construcción o modernización de locales, adquisición de equipo, reformas administrativas y académicas y formación de personal profesional, técnico y auxiliar. Estas actividades se desarrollaron casi siempre como parte de proyectos en los que la OPS actúa

de organismo ejecutor financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) o fundaciones que prestan apoyo al sector salud.

En la República Dominicana, la OPS y la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social continuaron reorganizando la estructura administrativa de la Facultad de Ciencias de la Salud y el Centro de Investigación Biomédica y Operacional de la Universidad Católica Madre y Maestra de Santiago de los Caballeros, como parte del proyecto financiado por el BID.

En Nicaragua, la OPS sirvió de organismo ejecutor del BID en un proyecto destinado a modernizar la Facultad de Medicina de León y la estructura de las Facultades de Medicina, Odontología, Farmacia y Tecnología Médica de la Universidad Nacional. Las actividades consistieron en analizar los programas de enseñanza, definir los niveles de coordinación de la enseñanza y la prestación de servicios, y establecer las bases para organizar la información biomédica, el desarrollo de la educación y las investigaciones, así como las unidades de producción de medicamentos. El BID aceptó aplazar la terminación del proyecto hasta 1980, teniendo en cuenta la guerra civil que tuvo lugar en el país en 1979.

### Desarrollo educacional para la salud

En 1976, con la ayuda de una subvención de la Fundación W. K. Kellogg y la Fundación Panamericana de la Salud y Educación, la OPS inició un Programa Latinoamericano de Desarrollo Educacional para la Salud (PLADES), mediante la creación de Núcleos de Investigación y Desarrollo en Educación y Salud (NIDES). Este programa reunió a personal de instituciones docentes

y de prestación de servicios. A base del principio de integración del trabajo y la enseñanza, procuró resolver la falta de coordinación que había existido entre los sistemas de salud y los de educación, la duplicación de esfuerzos en las diversas instituciones que abarcan esos sistemas y los inevitables obstáculos para formar personal de salud. En sus cuatro años de funcionamiento, el programa se ha convertido en uno de los principales ejemplos de la nueva estrategia de cooperación técnica de la OPS.

En 1979 el PLADES incluía 15 NIDES en Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela. También cooperó con la Universidad de las Indias Occidentales, en Kingston, Jamaica, en materia de recursos tecnológicos para la educación. Los coordinadores de los núcleos se reunieron en cuatro ocasiones para intercambiar experiencias y establecer un mecanismo de consulta e intercambio continuos. Se proyecta celebrar una reunión final al comienzo de 1980.

### Educación médica

La OPS concentró sus actividades de educación médica en tres campos principales: mejoramiento de la enseñanza, modernización de los planes de estudio y fortalecimiento de los programas orientados hacia la comunidad.

Las actividades encaminadas a mejorar la instrucción ofrecida en las facultades de medicina de la Región consistieron en preparar instructores en cursos especiales, adjudicar becas para visitar programas más avanzados en otros países y divulgar bibliografías y materiales didácticos en el campo de las ciencias de la salud. Como en años anteriores, funcionarios y con-

sultores de la OPS cooperaron en el análisis, reorganización y modernización de programas educativos.

Los programas de enseñanza—ofrecidos principalmente por los departamentos de medicina preventiva y social—continuaron orientándose hacia las actividades en servicios de salud y en la comunidad. En algunos casos, se trató de reorientar el plan de estudios global hacia la comunidad. En junio, con la colaboración de la División de Formación y Perfeccionamiento del Personal de Salud de la OMS, se reunieron en Jamaica representantes de varias instituciones para analizar las experiencias de programas orientados hacia la comunidad y estudiar la ampliación del intercambio entre instituciones con esa orientación. Asistieron participantes de Brasil, Canadá, Colombia, Cuba, Estados Unidos, Jamaica, México y Venezuela, así como de países de otras regiones (Australia, Camerún, Filipinas, Irán, Israel, Nepal, Nigeria, Países Bajos y la URSS).

Se llevaron a cabo varias actividades de educación médica, algunas en colaboración con la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina o asociaciones nacionales de escuelas de medicina. En determinados seminarios se examinaron los programas de enseñanza de Argentina, Chile y Paraguay.

La OPS prestó asistencia técnica en relación con los planes y programas de ciencias de la salud a las Universidades Occidental y Centro-Occidental de Venezuela y a los programas de enseñanza médica de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador y Perú. Las actividades en Bolivia se orientaron hacia la ejecución de los programas de las facultades de ciencias de la salud de La Paz, Cochabamba y Sucre, donde tuvieron lugar reuniones como complemento del primer taller nacional sobre educación en ciencias de la salud, celebrado en Coroico, en diciembre de 1978. En Ecuador y Perú

las actividades se llevaron a cabo con las asociaciones de facultades de medicina o de programas académicos y directamente con algunas facultades, como la de medicina de la Universidad Católica de Guayaquil, donde se reestructuraron completamente los planes de estudio.

En Costa Rica, la Facultad de Medicina reforzó su coordinación con la Caja de Seguro Social y desplegó una intensa actividad en materia de salud de la comunidad, al igual que en Guatemala, donde los programas que combinan servicios con educación están bastante adelantados.

En México se organizaron varias reuniones nacionales y locales para analizar diversos aspectos del proceso educativo, y se prestó asesoramiento a instituciones docentes, tales como la Universidad Autónoma Metropolitana de México y la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Guadalajara.

### Educación en salud pública y medicina social

Las escuelas de salud pública de América Latina fueron reforzadas por los programas de posgrado en salud pública y medicina social establecidos en varias universidades que han venido realizando investigaciones en esos campos. La OPS estimuló estos programas, así como el establecimiento o consolidación de los departamentos de medicina preventiva y social, los que, además de sus actividades docentes ordinarias, han iniciado programas de posgrado e investigaciones sobre salud. En la medida de lo posible, estas actividades se han realizado en estrecha colaboración con la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública, que lleva a cabo pro-

gramas de posgrado en este campo en América Latina y el Caribe.

La X Conferencia de Escuelas de Salud Pública se celebró en Venezuela en abril, con la asistencia de 51 representantes de 25 programas de Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Cuba, Chile, Estados Unidos, México, Países Bajos, Perú y Venezuela que otorgan títulos de maestría en salud pública y medicina preventiva y social. El tema de la Conferencia fue la investigación aplicada a los servicios de salud y los participantes dieron cuenta de sus experiencias en ese campo. Se intercambió información sobre métodos de investigación, metas, usos que podían darse a los resultados de investigaciones y la infraestructura necesaria para llevar a cabo investigaciones aplicadas a los servicios de salud.

La OPS colaboró también en programas y cursos específicos en Brasil, Chile, México, Perú y Venezuela. Se planificaron nuevos programas de capacitación en salud pública basados en las necesidades de los servicios en Bolivia, el sector de habla inglesa del Caribe, Paraguay y Uruguay.

### Educación en enfermería

En materia de educación en enfermería, la OPS asigna importancia especial a los conceptos de atención primaria en la enseñanza y en los servicios. Reconoce que los programas de estudio de las escuelas de enfermería deben concordar con las necesidades y demandas de la comunidad y se ha hecho todo esfuerzo por dar apoyo a las escuelas para diseñar programas que reflejen esas necesidades. Algunas recomendaciones formuladas son las siguientes: que se incluyan en los programas cursos de epidemiología, sociología, teoría del cambio e investigación operativa; que se haga mayor uso de la comunidad como

fuente de enseñanza y aprendizaje, y que los miembros de la comunidad participen en programas destinados a atender a sus propios miembros.

La OPS patrocinó un seminario viajero sobre atención primaria dedicado a enfermeras de los países andinos, al que asistieron 20 profesionales de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. El grupo analizó y observó los programas de extensión de la cobertura y participación de la comunidad que se vienen llevando a cabo en ciertas regiones de Colombia y Perú.

En Costa Rica se colaboró con la Caja de Seguro Social en la preparación de 25 enfermeras en atención ambulatoria de adultos afectados por hipertensión crónica o diabetes sin complicaciones.

En la República Dominicana se prestó asesoramiento técnico a la Universidad Católica de Santiago de los Caballeros para adiestrar a 20 enfermeras docentes y de los servicios de enfermería en funciones de diagnóstico. Ello permitió integrar ese elemento en el plan de enseñanza básica de enfermería, así como utilizar enfermeras en la administración de atención de salud materno-infantil y atención ambulatoria del adulto, con especial énfasis en la atención primaria.

También se asesoró al Ecuador sobre el componente de salud materno-infantil en las escuelas de enfermería de la Provincia de Manabí, Guayaquil y Quito.

En Honduras se celebró, con el asesoramiento técnico de la OPS, un segundo curso sobre la salud materno-infantil, para enfermeras docentes y de servicios. Se emplearon nuevos métodos de instrucción y se trató de desarrollar las aptitudes de las estudiantes y profundizar sus conocimientos sobre el examen físico del adulto y del niño.

En la escuela de enfermería de Panamá, la OPS prestó apoyo al diseño de un curso posbásico de enfermería materna y pediátrica, con énfasis en epidemiología, diag-

nóstico, atención primaria maternoinfantil y atención de casos perinatales y neonatales de alto riesgo.

También cooperó con el Perú en el adiestramiento de parteras tradicionales, elegidas por la comunidad, a fin de uniformar los criterios, métodos y procedimientos empleados por esas parteras. Participaron 37 enfermeras y parteras de Arequipa, Cajamarca, Iquitos, Lima, Moquegua, Piura, Tacna y Tumbes.

Continuaron, con la cooperación de la OPS, los programas de adiestramiento de auxiliares de enfermería y voluntarias de la comunidad en atención maternoinfantil emprendidos en Colombia, Ecuador, Haití, Honduras, México y Perú, en los que se emplean métodos de aprendizaje que permiten a este personal desarrollar sus aptitudes y ampliar sus funciones en la atención primaria.

La OPS siguió proporcionando asesoramiento al proyecto de educación continua en administración de servicios de enfermería y salud familiar del sector de habla inglesa del Caribe. Se celebraron dos reuniones que permitieron analizar la situación de la enseñanza de enfermería en esos países y formular un programa de enfermería básica que se iniciará a principios de 1980 en San Vicente.

La primera fue la reunión de un grupo de trabajo en Santa Lucía en noviembre, con el objeto de revisar los planes de estudio de las escuelas de enfermería básica. Participaron 38 enfermeras profesionales e instructoras de enfermería de 13 países de habla inglesa del Caribe. Se espera que como resultado de esta reunión los programas de enseñanza de enfermería se enfocarán más hacia las necesidades de salud de los países de ese sector. La segunda fue un seminario sobre educación continua en administración de servicios de salud familiar en San Cristóbal, de fines de noviembre a principios de diciembre, con la asistencia de 22 profesionales de salud

de ocho de las islas de habla inglesa del Caribe.

En noviembre tuvo lugar en Panamá un taller interdisciplinario (medicina, enfermería, ingeniería sanitaria) para examinar las estrategias de atención primaria, en el que participaron 40 profesionales de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. Se está preparando un informe de la reunión para su presentación a los Ministros de Salud de Centro América y Panamá.

En La Habana se celebró en noviembre un taller de dos semanas, patrocinado por la OPS, sobre métodos para uniformar la atención de salud maternoinfantil. Participaron 37 enfermeras y médicos de Cuba, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Venezuela.

Con el propósito de atender la necesidad de información actualizada sobre educación de enfermería y tendencias en prestación de servicios en América Latina, la OPS reunió a 14 expertos de enfermería en Washington en julio, para preparar una antología sobre la enseñanza y los servicios de enfermería en América Latina. La primera parte de la antología se publicó en el último número de 1979 de la revista *Educación médica y salud*, y la segunda aparecerá en el primer número de 1980.

En octubre y noviembre se llevó a cabo en Washington un taller sobre investigaciones de enfermería, complementario de un curso ofrecido en 1978 en Colombia, al que asistieron nueve enfermeras profesionales de Brasil, Colombia y Ecuador. Se formularon planes y programas para futuras investigaciones de enfermería en los países participantes.

### Educación en ingeniería y ciencias del ambiente

En 1979 la OPS redujo el número de cursos que se venían ofreciendo en años



anteriores en cooperación con universidades y escuelas de ingeniería en varios países. En cambio, intensificó la atención dedicada a actividades regionales y sub-regionales, en su mayoría orientadas hacia las metas del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental. Este cambio tenía tres propósitos: determinar de manera objetiva los efectos de la formación de personal, reestructurar en forma racional el sistema de personal, y concentrarse en el desarrollo de recursos humanos en lugar de limitarse simplemente al adiestramiento de personal. Las actividades más destacadas a este respecto fueron las siguientes:

- Un curso sobre funcionamiento y mantenimiento de sistemas de abastecimiento de agua, organizado conjuntamente por la OPS y el Colegio de Artes, Ciencia y Tecnología (CAST) de Jamaica, para 40 participantes del Caribe.
- Un taller en San José, en mayo, también sobre funcionamiento y mantenimiento de sistemas de abastecimiento de agua, patrocinado conjuntamente por el Ministerio de Salud y el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados de Costa Rica, la OPS y la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS). El taller representaba un enfoque integrado, por los países centroamericanos y Panamá, de todos los problemas de cada país participante y una expresión de su voluntad de encontrar soluciones a esos problemas. A continuación se celebró una reunión de gerentes de sistemas de abastecimiento de agua de Centro América y Panamá, en la que se sugirió, entre otras cosas, que se estableciera un grupo de trabajo subregional multidisciplinario que se encargara de preparar un plan de acción por fases, a largo plazo, respecto al funcionamiento y mantenimiento de sistemas de abastecimiento de agua.
- Un curso en Buenos Aires en noviembre sobre limpieza de calles, que ya se ha convertido en una actividad anual bien organizada y que sigue atrayendo a participantes de varios países de la Región. Como en años anteriores, los problemas analizados no se limitaron a la limpieza de calles, sino que abarcaron el manejo de desechos sólidos en general.

El Centro Panamericano de la OPS de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente

(CEPIS), en Lima, continuó desempeñando una de las funciones para la que fue establecido originalmente: formación de personal. Revistió particular importancia un simposio celebrado en agosto sobre el funcionamiento y mantenimiento de sistemas de abastecimiento de agua potable y alcantarillado pluvial, dentro de la estructura del proyecto de EUA\$1,300,000 para el abastecimiento de agua y saneamiento en el Perú, financiado por ese país y el BID. Los 36 profesionales latinoamericanos que asistieron recomendaron la formulación de programas de capacitación en materia de funcionamiento de sistemas, actividades de educación continua y preparación de manuales de adiestramiento para el trabajo que el personal vaya a desempeñar.

El proyecto sobre administración de sistemas de abastecimiento de agua en la Cuenca del Caribe completó su cuarto año. La OPS es el organismo ejecutor de este proyecto, financiado conjuntamente por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional y 10 países del Caribe oriental. Esta iniciativa surgió al comprenderse que las actividades anteriores para capacitar personal en la industria de abastecimiento de agua en el Caribe no se habían ajustado a las necesidades de personal profesional y que, con excesiva frecuencia, se había descuidado la preparación de personal no profesional de apoyo. Además de la publicación de un manual en inglés titulado *Training of Trainers*, que fue muy bien acogido dentro y fuera de la Región, el personal del proyecto se dedica activamente a preparar otros manuales de adiestramiento, orientados hacia trabajos específicos y en los que cada actividad se desglosa en tareas definidas y en componentes en etapas sucesivas.

Un destacado aspecto de las actividades de la OPS en este campo fue un simposio celebrado en Río de Janeiro en noviembre, sobre desarrollo de recursos humanos para la salud ambiental, que contó con la cola-

boración del Brasil y la cooperación del Banco Nacional de la Vivienda y la Asociación de Ingenieros Sanitarios del país. En la semana que duró la reunión, un grupo multidisciplinario de 40 profesionales de países del Hemisferio analizó los tres aspectos fundamentales de la planificación de recursos humanos, enseñanza y adiestramiento de personal y utilización de recursos humanos, incluyendo administración de personal. Estuvieron presentes representantes del Banco Mundial, el BID, el UNICEF, la AID y el Consejo Nacional de Abastecimiento de Agua de Inglaterra. Las actas del simposio se publicarán en 1980, en forma de manual, que se distribuirá extensamente en los países. Se espera que, además de las personas directamente interesadas en la planificación, adiestramiento y administración de personal, los que adoptan decisiones y establecen políticas, los ingenieros sanitarios y ambientales, los técnicos en saneamiento a nivel ejecutivo y operativo, y los funcionarios de organismos y servicios relacionados con el ambiente estimen que el manual les ayudará a resolver los problemas que enfrentan.

### Educación en odontología

La OPS, en su constante esfuerzo por contribuir a mejorar la capacidad de las escuelas de odontología de América Latina para formar personal competente destinado a los servicios dentales, prestó cooperación técnica a instituciones de enseñanza odontológica de Brasil, Colombia, Ecuador, México y República Dominicana. En la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Brasil, y en Panamá se ofrecieron cursos sobre el empleo y la preparación de material audiovisual.

Bolivia, Panamá y Perú recibieron apoyo de la OPS en el desarrollo de programas

conjuntos de instituciones de enseñanza odontológica y autoridades locales, orientados hacia la extensión de los servicios dentales a sectores adicionales de la población. En Colombia, Paraguay y Uruguay se establecieron también programas que incluían actividades conjuntas de escuelas de odontología y autoridades locales de salud. En el Perú se llevó a cabo un curso de mantenimiento de equipo dental.

Se ofrecieron cursos análogos en Barbados para personal de Antigua, Dominica, Grenada, Montserrat, San Cristóbal-Nieves, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tabago, en su mayoría con becas de la OPS. Prosiguieron los programas para auxiliares dentales en el sector de habla inglesa del Caribe, Cuba y Suriname, y se graduó el primer grupo de estudiantes en la escuela de Trinidad y Tabago. Las metas establecidas por el Plan Decenal de Salud para las Américas (1971-1980) ya habían sido alcanzadas en Cuba, Guyana, Jamaica y Suriname. Odontólogos de países y territorios menos desarrollados del Caribe, así como otros de Barbados, Guyana, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago, participaron en un curso corto ofrecido en mayo en el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) en Puerto España, Trinidad y Tabago. También se ofreció adiestramiento a personal auxiliar en materia de epidemiología simplificada para evaluar el estado de la salud dental.

El programa OPS/Fundación W. K. Kellogg de innovaciones en enseñanza odontológica y prestación de servicios dentales cumplió su tercer año. Participan en él 17 escuelas de odontología de América Latina y, durante esos tres años, unas 15 instituciones de Brasil, Colombia, Costa Rica, México, Panamá, Paraguay y Uruguay han recibido subvenciones que ascienden a más de EUA\$2 millones. En 1979 se unieron al programa instituciones docentes de Colombia, Paraguay y Uruguay.

La tercera reunión anual de este programa

tuvo lugar en Maracaibo y Coro, Venezuela, en noviembre, con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social del país, las autoridades de salud de los Estados Falcón y Zulia, y la Universidad de este último estado. Un importante acontecimiento de la reunión fue una demostración de las relaciones de trabajo entre la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia y las autoridades de salud del Estado Falcón en el establecimiento de programas dentales eficaces para niños y poblaciones rurales. La reunión terminó en Coro, donde se identificaron los obstáculos existentes para proporcionar una atención más completa y se formularon estrategias para mejorar aún más las relaciones entre las instituciones donde se forma el personal y las encargadas de la prestación de servicios.

### Educación en medicina veterinaria

Durante el último decenio, se ha observado un notable progreso en la enseñanza de la medicina veterinaria en América Latina: aumentaron al doble las escuelas o facultades de veterinaria—que hoy llegan a 91—y el número y calidad de los veterinarios se ha incrementado proporcionalmente.

La colaboración de la OPS en 1979 se concentró principalmente en estimular la definición de criterios para uniformar los planes de estudio de las escuelas de medicina veterinaria de los Países Miembros. Las tres escuelas de Chile celebraron reuniones para implantar esos criterios.

Los Ministerios de Salud y de Educación y Cultura del Brasil designaron un comité permanente para organizar y establecer un programa mínimo de enseñanza de medicina veterinaria. Este programa ya ha sido formulado y aprobado, y está listo para ponerlo en práctica. Con el asesoramiento

técnico de la OPS, varias escuelas de medicina veterinaria introdujeron cursos básicos de salud pública veterinaria en sus planes de estudio. Entre estas escuelas—sin contar las que habían adoptado medidas en ese sentido—figuran las de Botucatu, São Paulo, Salvador, Recife y Londrina en el Brasil.

El Tercer Seminario sobre Educación en Medicina Veterinaria en las Américas se celebró en la Facultad de Medicina Veterinaria de la Universidad Austral de Chile (Valdivia, noviembre). Participaron 23 decanos o directores de escuelas de medicina veterinaria de América Latina. Los criterios para uniformar los planes de estudio de las escuelas de veterinaria de la Región fueron objeto de atención especial y se formularon recomendaciones en ese sentido que serán publicadas por la OPS. En la reunión se reconoció la necesidad de reactivar la secretaría general de la Federación Latinoamericana de Asociaciones Nacionales de Escuelas de Medicina Veterinaria, creada en 1972 en el Segundo Seminario, celebrado en Belo Horizonte, Brasil. Se aceptó el ofrecimiento de la Universidad Nacional Autónoma de México de ubicar en sus locales las oficinas de la Federación.

En noviembre se efectuó en Washington la primera reunión de un comité de selección de libros de texto de medicina veterinaria. Los 10 profesores de escuelas de medicina veterinaria del Hemisferio que participaron en esta reunión formularon recomendaciones sobre el orden de prioridad que debería adoptar la OPS para iniciar su programa de libros de texto en las escuelas de medicina veterinaria de América Latina.

### Educación y adiestramiento en salud mental

En octubre se celebró en Lima un seminario sobre epidemiología psiquiátrica. Se

ofrecieron dos cursos cortos sobre el mismo tema, en Maceió, Brasil, y en Caracas. Asimismo, tuvo lugar en Lima un taller sobre metodología de las investigaciones sobre salud mental, con asistencia de psiquiatras, psicólogos y médicos generales.

En Lima y en Barquisimeto, Venezuela, se organizaron, con la colaboración de los Ministerios de Salud y asociaciones pediátricas locales, cursos cortos sobre psiquiatría infantil básica. Continuó en Brasil y Perú el adiestramiento de médicos generales respecto a la forma de tratar casos psiquiátricos de urgencia, observación ulterior de pacientes y tratamiento psiquiátrico básico, como parte de programas anteriores de cooperación.

Durante 1979, el fortalecimiento de la educación en psiquiatría y salud mental en las escuelas de enfermería, así como los programas de educación continua y adiestramiento posbásico, recibieron atención especial en Colombia, Perú y Venezuela, países con los cuales colaboró la OPS con consultores y material didáctico.

En el campo de la lucha contra el alcoholismo y la farmacodependencia, la OPS colaboró con Argentina, Ecuador, El Salvador, Honduras y Perú en la organización de cursos y seminarios, dos de los cuales fueron de carácter internacional.

Se prestó asesoramiento para el diseño y ejecución de estudios epidemiológicos del alcoholismo y farmacodependencia en Ecuador, Honduras y Perú. En este último país, tuvo lugar un seminario internacional sobre el uso de cocaína y hojas de coca.

El Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, situado en México, D.F., fue designado centro colaborador de la OMS para adiestramiento e investigaciones sobre alcoholismo y farmacodependencia; la OPS colaboró en la organización de un seminario sobre esos temas, con ocasión de la designación del Centro.

Se adjudicaron becas a siete médicos y enfermeras del sector de habla inglesa del Caribe para que participaran en un curso organizado por el Instituto del Caribe de Lucha contra el Alcoholismo, en Charlotte Amalie, Santo Tomás, Islas Vírgenes (EUA).

### Formación de personal técnico y auxiliar

La OPS intensificó su colaboración con programas de formación de personal técnico y auxiliar de salud, a fin de extender la cobertura de los servicios de salud y la atención primaria.

Cuando se introdujo el personal técnico de salud de nivel medio, hace más de 20 años, su función consistía en ayudar a los médicos en los hospitales. Luego, sus actividades se extendieron a la prevención de enfermedades, atención de la salud, actividades estadísticas y administración de servicios de salud.

La reorganización de los servicios de salud para extender su cobertura ha creado la necesidad de un nuevo técnico de salud de nivel medio, con preparación para llevar a la práctica innovaciones en las prestaciones de salud, desempeñar actividades institucionales y actuar en zonas urbanas marginales y en el medio rural.

En 1979 la OPS cooperó con los países para comprender mejor los problemas que envuelve la formación de este personal, el tipo de instituciones para adiestrarlo y sus condiciones de trabajo, responsabilidades legales y categorías profesionales, así como en la definición de criterios y opciones para llevar a cabo programas hemisféricos, interpaíses y nacionales.

Puesto que en la mayoría de los países faltan políticas y sistemas racionalizados de formación de personal de esta clase, no podía llevarse un registro de programas de capacitación de técnicos y auxiliares ni

uniformarse su formación. Si bien se fueron introduciendo diversas clases de personal auxiliar en el sistema de salud, no había una programación básica y, a menudo, los programas docentes no se ajustaban a las verdaderas necesidades de la comunidad y del proceso educativo.

La OPS siguió colaborando en la formación de instructores y preparando material técnico para diversas clases de programas de enseñanza de personal auxiliar. No obstante, se reconoció la necesidad de concentrar esfuerzos en una mejor programación de las enseñanzas y los servicios, a fin de formar el número y tipos de auxiliares requeridos, al ritmo que exija la extensión de los servicios.

Se ofreció colaboración a la Dirección Nacional de Docencia Médica Media del Ministerio de Salud Pública de Cuba en las primeras fases operativas del sistema nacional de ese nivel, iniciado en 1976.

En México se prestó apoyo a la Secretaría de Educación Pública y a la Subsecretaría de Planificación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la formulación de un proyecto nacional de formación de personal técnico polivalente de nivel medio en salud social. El proyecto aspira también a contribuir a elevar el nivel de salud en las zonas carentes de atención médica en el país, en coordinación con otros profesionales de nivel superior e intermedio.

En la República Dominicana, la OPS participó en la organización de un proyecto en la primera y segunda regiones de salud para capacitar conjuntamente personal profesional, técnico y auxiliar.

En Venezuela, junto con la Secretaría del Pacto Andino y la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, se emprendieron actividades para capacitar personal de salud de nivel medio en los países andinos.

Los tres programas principales en este

campo eran los de Brasil, el sector de habla inglesa del Caribe, y Centro América y Panamá:

**Brasil.** El Programa de Preparación Estratégica de Personal de Salud (PPREPS), un importante esfuerzo del Ministerio de Salud, en colaboración con el de Educación y Cultura, que cuenta con el apoyo de la OPS desde 1975, fomentó la formación de personal de salud de acuerdo con las necesidades de los servicios, mediante la integración progresiva de la enseñanza y la prestación de servicios. Sus objetivos consisten en ofrecer adiestramiento en gran escala a técnicos de nivel medio y auxiliar, así como a personal básico de salud, organizar los campos de la enseñanza y los servicios como estrategia para extender la cobertura, y prestar apoyo al establecimiento de sistemas para el desarrollo de recursos humanos integrados en los sistemas estatales de planificación sectorial. Las secretarías estatales de salud constituyen la base del programa. La OPS proporcionó los servicios de un grupo técnico especial (un coordinador y cuatro consultores), que colaboró estrechamente con esas secretarías e instituciones docentes. Proyectos análogos se están desarrollando en diversos lugares del país, con el apoyo financiero de la Fundación Oswaldo Cruz del Ministerio de Salud.

Cuando terminaron las actividades del proyecto, acordadas por la OPS y el Brasil en diciembre de 1978, el país decidió prorrogar el proyecto. En 1979 se reorganizó el grupo técnico facilitado por la OPS.

**El Caribe.** En colaboración con los países de habla inglesa del Caribe y con fondos del PNUD, la OPS trató de ampliar los recursos existentes y establecer un sistema hemisférico de formación de personal auxiliar de salud. El proyecto, que se basa en una red de instituciones docentes del Caribe, tiene por objeto preparar al personal que estudios previos sobre recursos humanos han señalado como necesario. La primera fase del proyecto quedó terminada en 1976 y la segunda se completará a mediados de 1980.

Gracias a la colaboración del UNICEF, los centros pudieron mejorar su equipo y organizar seminarios y reuniones en los que se analizaron diversos modelos posibles para desarrollar los recursos humanos y servicios de salud. Un aporte del Canadá permitió adjudicar becas para adiestramiento de candidatos de países menos desarrollados del Caribe. El proyecto

HOPE colaboró constantemente con el proyecto, especialmente mediante servicios de consultores para el programa de enseñanza tutorial.

Durante 1979 se evaluó minuciosamente el proyecto por medio de entrevistas a más de 200 personas que habían completado los cursos y a supervisores en diversos países del Caribe. La evaluación indicó que el proyecto debía prolongarse por otros cinco años, en vista de la gran necesidad de formar personal técnico y auxiliar para el área.

Debido a la importancia de las becas para el proyecto, la OPS estableció su propio sistema descentralizado para el Caribe, lo que ha permitido una mayor flexibilidad y eficacia. En 1980 se perfeccionará esta descentralización basada en la evaluación.

**Centro América y Panamá.** A fines de marzo empezó a funcionar un Programa de Adiestramiento en Salud de la Comunidad para Centro América y Panamá (PASCCAP), con la designación de un coordinador de la OPS cuya base de operaciones está en San José, Costa Rica. El programa es el resultado de una propuesta formulada por Costa Rica y aprobada (CD24.9) en la reunión del Consejo Directivo de la OPS en México, D.F., en 1976, en el sentido de que se creara un centro de adiestramiento de trabajadores de salud de la comunidad en San José y una red subregional de unidades de adiestramiento especializado que los países de Centro América y Panamá podrían compartir con arreglo al principio de cooperación técnica entre países en desarrollo.

Se elaboró un plan de operaciones para el primer año, que se utilizó para respaldar la solicitud de fondos que la OPS presentó al PNUD. El programa cuenta con un Consejo Técnico Asesor que se reunirá dos veces al año y que está integrado por los coordinadores de las unidades nacionales de adiestramiento de cada uno de los países de la subregión. Las funciones del Consejo consisten en asesorar acerca de la adopción de políticas de trabajo y definir los campos y subprogramas para satisfacer las necesidades de los ministerios de salud, en el contexto en que se concibió el PASCCAP.

El Consejo celebró su primera reunión en San José en septiembre y acordó lo siguiente:

- El PASCCAP no debe consistir simplemente en un centro de capacitación tradicional sino también en un instrumento del que puedan valerse los ministerios de salud para realizar investigaciones detalladas sobre problemas operativos y socioepidemiológicos que entorpecen el desarrollo de los planes de salud. El Consejo llegó a un acuerdo sobre los campos de investigación propuestos, especialmente

los operativos, y sobre la iniciación de actividades de investigación mediante la preparación de personal nacional en métodos de investigación.

- Las actividades de adiestramiento deben ir acompañadas de investigaciones.

- Las actividades deberán desarrollarse no solo en la sede sino en los seis países de la subregión.

- La base de todas las actividades debe ser la atención primaria, incluyendo de preferencia la participación de la comunidad, ya que constituye un elemento básico de los servicios de salud y la extensión de la cobertura.

- Aunque las unidades nacionales de coordinación estén situadas en los ministerios de salud, deben mantener una estrecha relación con universidades, instituciones de seguro social y otros organismos que participen en el desarrollo nacional.

- El PASCCAP prestará apoyo a los esfuerzos de los países para definir nuevas estrategias para los próximos 10 años.

Si bien no se analizaron concretamente las funciones de las unidades nacionales, el Consejo convino en que el programa funcionaría a base de un esfuerzo coordinado e integrado entre los países, con el apoyo del núcleo central. Asimismo, apoyó una propuesta presentada por el coordinador y el grupo central del PASCCAP en el sentido de que se integrara la red de recursos institucionales de los países, previa aprobación de las autoridades nacionales.

### Adiestramiento en supervisión y consulta en unidades locales de salud

Este proyecto, que fue aprobado por el Consejo Directivo de la OPS en 1977 y cuyos objetivos consisten en adiestrar o reorientar a los supervisores y consultores de unidades locales de salud en los países participantes, inició su segunda fase de actividades en 1979. En Centro América pasó a depender del PASCCAP.

Los países centroamericanos iniciaron sus actividades educativas locales utilizando los programas establecidos durante el primer taller del proyecto organizado en el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud en Río de Janeiro (CLATES-Río) en octubre y noviembre de 1978. Estos programas fueron objeto de

ciertas modificaciones, especialmente en lo que se refiere a planes operativos y modelos de supervisión que, en algunos países, no se habían definido o se estaban reorganizando.

En octubre se celebró en Tegucigalpa una reunión organizada por el PASCCAP para coordinar los grupos nacionales de Centro América y Panamá. En esta reunión se preparó un taller sobre la supervisión como procedimiento administrativo y didáctico, así como el programa para 1980.

En Alajuela, Costa Rica, tuvo lugar un seminario de adiestramiento para 53 supervisores de la división de operaciones y otras dependencias del Ministerio de Salud. En el seminario se elaboró el sistema de supervisión que se implantará en el país. Además, se organizaron cinco seminarios para personal regional, con la asistencia de 180 participantes. En total, 233 funcionarios de Costa Rica recibieron adiestramiento en los aspectos conceptuales y metodológicos de la supervisión durante 1979.

Las actividades educativas se iniciaron en El Salvador con un seminario para 50 personas. También se ofreció un curso básico de supervisión en las regiones central, pericentral, occidental y oriental del país, al que asistieron 34 participantes. A otro curso que tuvo lugar a fines de año para aquellos supervisores asistieron 33 personas, y un curso corto complementario contó con el mismo número de participantes. En 1979 recibieron adiestramiento 150 personas en total.

Se realizaron diversas actividades educativas en Guatemala, entre las cuales figura el primer taller para evaluar material didáctico relativo a la supervisión, en el que participaron 25 jefes de división y departamento. Igualmente, se organizaron otros cinco talleres, cada uno de los cuales contó con 35 participantes, con el propósito de adiestrar equipos locales de salud en materia de supervisión. Se ofreció

adiestramiento en supervisión a 200 guatemaltecos. Se realizó un estudio de las necesidades de capacitación de personal y se prestó apoyo al desarrollo de un sistema autodidáctico en materia de supervisión como nueva técnica educativa.

Se amplió el grupo coordinador del programa en la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Honduras para incluir la División de Planificación. El grupo preparó un modelo nacional de supervisión que incluía una estructura conceptual, así como actividades y medios para permitir llevar a cabo actividades de supervisión. Las actividades educativas correspondientes a 1979 se reorganizaron en este marco. En el programa de Honduras se adiestraron 300 personas que prestan servicios de supervisión en diversos distritos sanitarios del país.

En Nicaragua se organizó un taller de tecnología educacional, al que asistieron 30 funcionarios del Ministerio de Salud Pública, así como un curso-taller a nivel departamental sobre los aspectos metodológicos y administrativos de la supervisión, que contó con 40 participantes. Con motivo del nuevo Gobierno, el programa fue objeto de una reorganización a principios de 1979. El programa para jefes de departamento y sus subordinados inmediatos se puso en marcha en noviembre, en un taller de seis días, durante el cual se definieron las actividades para 1980.

Otros tres países—Bolivia, Brasil y Perú—se unieron al proyecto; organizaron sus respectivos grupos coordinadores, y empezaron a investigar sus necesidades de adiestramiento de personal supervisor en los programas de extensión de la cobertura de los servicios de salud que han venido llevando a cabo. La primera reunión para coordinar estos grupos tuvo lugar en Lima en octubre. Se evaluó la labor realizada hasta esa fecha y se esbozó el pro-

grama del taller internacional sobre capacitación en supervisión de esos grupos.

En la actualidad, ocho países participan

en el programa y otros dos—la República Dominicana y Panamá—iniciarán sus actividades en 1980.

## RECURSOS TECNOLOGICOS

El programa de recursos tecnológicos de la OPS se concentró esencialmente en prestar apoyo a las actividades de las diversas divisiones técnicas en el seno de la propia Organización. Al mismo tiempo, la OPS colaboró con otros programas de desarrollo de recursos humanos, especialmente los que se llevan a cabo a través de redes de proyectos en los países.

Este apoyo metodológico entre divisiones se observó con mayor claridad en la labor conjunta del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en la preparación, ejecución y evaluación de las actividades educativas del mismo, así como en la elaboración de los módulos de autoinstrucción y medios audiovisuales necesarios. Estos módulos se incorporarán dentro de poco al programa ampliado de la OPS para permitir una mayor distribución y uso de los libros de texto.

Asimismo, la OPS empezó a planificar y desarrollar un curso de epidemiología básica, con énfasis en las actividades de vigilancia y destinado a personal local de salud. Igualmente, se están preparando módulos apropiados de instrucción que se ensayarán en cursos proyectados en los países para 1980. Estos módulos—una vez ensayados y modificados en forma definitiva—se incluirán en el programa ampliado de libros de texto. Funcionarios de la Sede de la OPS y epidemiólogos del Brasil, México, Perú y Uruguay participaron en esta labor.

Respondiendo a una recomendación del comité sobre libros de texto de nutrición, formulada en 1978, empezó a prepararse uno de estos textos sobre nutrición y salud pública, con la participación del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (OPS) y de funcionarios nacionales.

### Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud

El objetivo fundamental de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME) en São Paulo consiste en ofrecer información y documentación rápidamente en apoyo de los programas de salud del Brasil y de otros países de la Región. Con este propósito, en 1979 se llevaron a cabo 25 actividades de servicios, enseñanza, investigación y adiestramiento.

Algunas de las tareas cotidianas más importantes desempeñadas fueron la prestación de servicios directos a los usuarios, préstamos interbibliotecas, compilación de bibliografías, instrucción, fortalecimiento de la red de bibliotecas biomédicas del Brasil y apoyo a las bibliotecas de esta clase en otros países latinoamericanos, programas de divulgación de información seleccionada y actividades encaminadas a automatizar los métodos habituales de trabajo más importantes.



*Préstamos interbibliotecas y servicio local.* La biblioteca atendió 40,000 solicitudes (15,000 procedentes de otros países) de fotocopias de artículos de revistas y prestó servicio a 50,000 usuarios locales.

*Búsquedas bibliográficas.* BIREME continuó procesando por el sistema MEDLINE las peticiones de búsqueda bibliográfica a través de las terminales situadas en cuatro escuelas de medicina del Brasil (São Paulo, Río de Janeiro, Salvador y Belo Horizonte) y por correo para el resto del país y otros países latinoamericanos. Las bibliografías preparadas por MEDLINE durante el año ascendieron a 2,751, de las cuales unas 800 se realizaron a solicitud de otros países de América Latina.

*Serie bibliográfica.* Apareció el número 5 de la serie bibliográfica de BIREME—*Enfermedad de Chagas*—publicado en conmemoración del centenario del nacimiento de Carlos Chagas, quien identificó la enfermedad por primera vez en 1907. De los 1,000 ejemplares impresos, se distribuyeron 600 en el Congreso Internacional sobre la Enfermedad de Chagas en Río de Janeiro en agosto, a petición de los organizadores.

*Actividades docentes.* La Biblioteca ofreció dos cursos de seis semanas para perfeccionar la preparación de bibliotecarios biomédicos y modernizó el plan de estudios de los cursos. Asistieron 19 profesionales (10 del Brasil y nueve de países de habla española).

Por conducto de la Escuela Paulista de Medicina, se presentó un plan de creación de un curso de posgrado, sin concesión de título, sobre biblioteconomía médica, que fue aprobado para 1980. Este será el primer curso de este tipo ofrecido en América Latina y contribuirá a fortalecer un campo crítico.

*Fomento de centros nacionales.* Las dificultades experimentadas en el desarrollo de centros nacionales de información sobre salud que funcionen eficazmente

condujeron a un análisis minucioso de los diversos factores económicos y técnicos que, hasta ahora, han restringido la acción de esos centros. A base de este análisis, se preparó una estrategia para establecer una red latinoamericana de información sobre salud, que fue presentada al Comité Científico Asesor de BIREME, el cual la aprobó. Es una estrategia realista, de bajo costo, y se espera que se pondrá en práctica en cuanto se disponga de los fondos necesarios para el desarrollo de centros nacionales. En este mismo campo, BIREME asesoró a Ecuador y Nicaragua sobre la creación de centros de esta naturaleza que pudieran satisfacer las necesidades de educación, investigación y atención médica en esos países.

*Divulgación de información seleccionada.* Este programa ocupó un destacado lugar durante el año, ya que ofrece a los usuarios información seleccionada de especial utilidad. Como parte del programa de información sobre el cáncer del LACRIP, se facilitaron datos especializados a 2,782 oncólogos (1,855 del Brasil y 927 de otros países latinoamericanos). Respondiendo a las solicitudes, se remitieron más de 12,000 reimpressiones y casi 25,000 fotocopias de artículos de revistas; más del 50% de este material se envió fuera del Brasil.

*Index Medicus Latinoamericano.* De conformidad con los planes elaborados en 1978, se publicó el Volumen 1, No. 1 del *Index Medicus Latinoamericano* en 1979, con lo que se cumplió una antigua aspiración de la comunidad científica de la Región. Con la preparación de índices semestrales de revistas biomédicas latinoamericanas, la nueva labor de referencia permitirá difundir con mayor amplitud las publicaciones. Se distribuyeron gratuitamente a las bibliotecas médicas de la Región 500 ejemplares del primer número. El Volumen 1, No. 2, se publicará a principios de 1980.

*Grupo de trabajo sobre programas a largo plazo.* El Comité Científico Asesor de BIREME, en su reunión de mayo, aprobó la creación de un grupo de trabajo que se encargaría de realizar un minucioso estudio de las necesidades de la Región respecto a la información de salud, así como de las posibilidades de satisfacerlas durante el próximo decenio. El grupo de trabajo celebró la primera reunión de una serie en Brasilia a fines de noviembre, con el objeto de analizar la experiencia del Brasil y las actividades de BIREME durante los últimos 10 años. Participaron representantes de instituciones docentes y de salud, así como de información y documentación.

Esta secuencia de estas reuniones es importante debido a la diversidad de campos y disciplinas incluidos en el programa. En enero de 1980 habría de celebrarse una reunión en Washington dedicada a los aspectos tecnológicos de la información y sus perspectivas en los países de la Región. Otra reunión tendrá lugar en abril en México, D.F., para analizar las necesidades de información de salud que experimentan los programas de adiestramiento, investigación y servicios de salud. En mayo de 1980, el Comité Científico Asesor de BIREME formulará sugerencias al Director a base de la información y recomendaciones de estas reuniones.

*Investigaciones sobre información.* La necesidad de conocer detalladamente la provisión y demanda de información sobre salud, la falta de estudios sistemáticos

en este campo, la obligación de facilitar información para las reuniones del grupo de trabajo mencionado y el deseo de racionalizar los fondos de BIREME en vista del creciente costo de las publicaciones, impulsaron a la Biblioteca a emprender investigaciones bibliográficas.

Esta iniciativa comenzó con un estudio de la demanda de servicios de BIREME como biblioteca local y como centro de la red brasileña y latinoamericana de préstamos interbibliotecas. Considerando la enorme cantidad de publicaciones que están surgiendo en el campo de las ciencias de la salud, el estudio de BIREME se considera como el primer paso para analizar el origen de la demanda, a fin de racionalizarla.

Al mismo tiempo, se realizó una encuesta entre los profesores de la Escuela Paulista de Medicina para determinar las publicaciones que, a su juicio, resultaban esenciales para sus respectivas disciplinas. Los resultados de esta encuesta no implican que BIREME recomendará que las suscripciones fundamentales de las bibliotecas de las facultades de medicina latinoamericanas se rijan por las necesidades de la Escuela de São Paulo. En cambio, proporcionará información concreta para concebir métodos y determinar cuáles deben ser las colecciones básicas de cada escuela de medicina. La función de BIREME consiste en fomentar y apoyar este tipo de investigación y establecer métodos para llevarla a cabo.

## TECNOLOGIA EDUCACIONAL

Los Centros Latinoamericanos de Tecnología Educacional para la Salud (CLATES) en Río de Janeiro y México, D.F., continuaron prestando apoyo al desarrollo

de esa tecnología en los países de la Región, a fin de racionalizar el proceso de la enseñanza-aprendizaje, orientándolo hacia las necesidades de los programas de ex-

tensión de la cobertura. También participaron activamente en este campo los programas de tecnología educacional de enfermería y odontología y el PASCCAP, a través de su componente de desarrollo educativo.

### Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud (CLATES-Río)

El CLATES-Río logró avanzar considerablemente en materia de capacitación de instructores, investigación, procesamiento de datos y medios audiovisuales. Se crearon dos puestos profesionales de contratación internacional en el Centro, que está situado en la Universidad Federal de Río de Janeiro y cuenta con un contingente de 50 funcionarios. Miembros del personal profesional asistieron a reuniones y cursos planificados por Brasil, Canadá, Costa Rica, Ecuador, Haití, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay, aparte de los celebrados en la Sede de la OPS para programas hemisféricos.

El Comité Científico Asesor del CLATES, integrado por especialistas en salud y educación, se reunió en mayo; llegó a la conclusión de que el programa era satisfactorio, y formuló recomendaciones que permitirán ampliar las actividades.

Una de las tareas más importantes del CLATES es la de preparar instructores en métodos docentes en el propio Centro, donde se organizaron 20 cursos para un total de 381 participantes, incluyendo 95 de otros países de América Latina, excepto Brasil, y uno de Canadá. Las cifras numéricas de este programa reflejan la importancia de la colaboración de la OPS en la formación de profesores e instructores latinoamericanos.

Fuera de Río de Janeiro, el personal del CLATES participó en las actividades siguientes:

- Prestó apoyo a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Simón, en Cochabamba, Bolivia, en el diseño de un centro de documentación y una biblioteca de medios audiovisuales.

- Conjuntamente con el Instituto Nacional de Seguro Social del Brasil, desarrolló programas de adiestramiento de auxiliares de enfermería en salud maternoinfantil, esterilización y centros quirúrgicos, así como atención psiquiátrica, ambulatoria, primaria y de urgencia. También proporcionó adiestramiento didáctico a profesores universitarios en Belem, Maceió y Manaus, junto con el Ministerio de Educación del país.

- Se asesoró a la Facultad de Medicina de la Universidad de Sherbrooke, en Quebec, Canadá, sobre evaluación de programas de adiestramiento por computadora.

- Llevó a cabo un curso sobre enseñanza para 27 profesionales de salud, a petición del Ministerio de Salud de Colombia.

- A solicitud de la Asociación Ecuatoriana de Facultades de Medicina, se realizó un seminario para 18 profesores sobre integración docente-asistencial. Como continuación de este seminario, se organizó un curso sobre docencia para 41 profesores de escuelas de medicina, enfermería, veterinaria y odontología.

- En colaboración con la Organización de los Estados Americanos, se prestó asesoramiento sobre el desarrollo del nuevo centro-médico de la Universidad de Haití.

- Se llevó a cabo un seminario sobre enseñanza de ciencias de la salud para 34 funcionarios del Ministerio de Salud Pública de Nicaragua.

- Se realizó un seminario sobre planificación de programas de estudio en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Asunción, Paraguay, para 26 profesores de ciencias de la salud.

- A petición de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, se asesoró a su División de Recursos Humanos sobre la creación de un centro de documentación, información y medios audio-visuales para uso de los funcionarios de la misma.

- Se ofreció un curso de técnicas docentes para 18 instructores, solicitado por la Escuela de Nutrición de Venezuela.

En general, el CLATES-Río también prestó apoyo a las actividades de adiestramiento en supervisión desarrolladas por el PASCCAP

y el PLADES y trazó los planes para actividades conjuntas con el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, en Montevideo. Por último, entre las actividades de investigación del CLATES-Río figuraron proyectos sobre diagnóstico y comunicación, sociología de la comunicación, psicología educacional, aprendizaje, imágenes visuales en la instrucción, empleo de juegos para el aprendizaje, e integración de la docencia y el servicio.

### Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES-México)

El año empezó con la reunión del Comité Científico Asesor del CLATES-México, en la que participó el Director de la OPS y se establecieron las metas técnicas y financieras para 1979. Por primera vez estuvieron presentes tres expertos latinoamericanos no mexicanos en educación en ciencias de la salud, a fin de que estuvieran representados otros países de la Región.

En 1979 el CLATES-México llevó a cabo siete programas básicos: adiestramiento de personal, mejoramiento institucional, información educacional, adiestramiento en administración a base de computadoras, investigaciones sobre funciones del personal, investigaciones sobre aprendizaje y servicios de apoyo. Dos de ellos merecen mención especial:

- El programa de adiestramiento de personal abarcó los siguientes subprogramas realizados en el CLATES-México: título de maestría en planificación y administración de educación para la salud, otorgado por la Universidad Nacional Autónoma de México; preparación de especialistas en tecnología educacional, que comprende 27 actividades en 10 unidades modulares y 17 talleres con capacidad para 486 profesores; adiestramiento de personal administrativo, que comprende seis talleres con capacidad para 74 personas; adiestramiento didáctico especial, que consta de cuatro talleres (dos sobre integra-

ción de la docencia y los servicios, uno sobre la enseñanza de ciencias básicas y otro sobre la enseñanza de ciencias clínicas), y desarrollo interno, en el que está incluida la gestión administrativa de becas nacionales en el extranjero, seminarios, talleres y cursos en el Centro, así como la interacción del personal dentro de la institución.

- El programa de investigaciones sobre aprendizaje tiene por objeto crear una base para establecer una tecnología docente que permita perfeccionar los hábitos de estudio y la manera de pensar de los alumnos. Se preparó un protocolo, así como instrumentos de evaluación, muestras de la población estudiantil y cuadros analíticos para determinar los algoritmos predominantes entre los alumnos licenciados en ciencias de la salud.

Entre las actividades realizadas en los diversos países que reciben servicios del CLATES-México figuró un curso sobre enseñanza modular y técnicas didácticas ofrecido en Cochabamba, Bolivia, para personal del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de ese país. Asimismo, en la República Dominicana, la Universidad Católica de Santiago recibió asesoramiento sobre la organización del departamento de medios audiovisuales. En la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá se celebró un seminario sobre metodología educacional y evaluación de la enseñanza clínica, destinado a docentes.

Además de los participantes de México, asistieron a cursos y cursillos del CLATES-México cinco profesores del Ecuador, dos de Venezuela, uno de Nicaragua y otro de Uruguay. El Centro también apoyó la enseñanza de odontología produciendo o reproduciendo materiales audiovisuales específicos.

### Tecnología educacional en enfermería

Este programa, con sede en el CLATES-Río, empezó con una subvención de la Fundación W.K. Kellogg y tiene por objeto iniciar

o fortalecer el uso de tecnología educacional en las escuelas de enfermería de América Latina. Sus actividades se llevan a cabo a través de una red de 10 subcentros en diversos países. La OPS cooperó en el desarrollo de los 10 subcentros que funcionan en el Brasil (3), Colombia (2), Costa Rica, Chile, Ecuador, México y Venezuela, y añadió otro más en el Perú, que abarca la Escuela de Enfermería del Hospital Infantil de Lima, el Ministerio de Salud del Perú y el Programa Académico de Enfermería de la Universidad de San Marcos. Se establecieron los primeros contactos para la posible creación de subcentros en Argentina y la República Dominicana, pero no se logró concretar esta iniciativa porque el financiamiento del proyecto por la Fundación Kellogg estaba a punto de terminar. En Chile se celebró una reunión para coordinar las actividades de los subcentros.

Se prestó asesoramiento al Congreso Nacional de Enfermería en el Ecuador y al Seminario de la Asociación Brasileña de Enseñanza de Enfermería. La OPS continuó preparando profesores en el CLATES-Rio

para los futuros subcentros de Argentina, Perú y la República Dominicana.

El proyecto fue evaluado por los directores de las escuelas y centros coordinadores participantes, junto con funcionarios de la OPS y del CLATES. Se llegó a la conclusión de que la participación del CLATES en la planificación de recursos locales, así como apoyo administrativo y técnico, constituían factores que contribuyeron al éxito del proyecto y que debería extenderse a otros países. También identificaron obstáculos que impedían un mayor desarrollo del proyecto, incluyendo la inestabilidad de los cuerpos directivos de las universidades y, en ciertos casos, insuficiente apoyo.

Hasta la fecha la influencia principal del proyecto ha sido en la enseñanza oficial de las escuelas de enfermería. En el futuro, convendría dar mayor énfasis al aprendizaje a base de las experiencias de los estudiantes de enfermería en los servicios a distintos niveles de atención, dentro de un auténtico marco de integración docente-asistencial.

## BECAS

Las actividades de la OPS en relación con las becas en 1979 llegaron a un nivel sin precedentes, tanto en lo que se refiere al número de adjudicaciones (1,289) como a los fondos asignados (EUA\$4,400,865) (cuadro 1).

Además de las 1,289 becas concedidas en las Américas, se gestionaron los programas de estudios en el Hemisferio para 240 personas de otras regiones de la OMS (cuadro 2). Al total de 1,529 becas tramitadas en 1979 hay que añadir los 390 becarios que habían iniciado sus estudios en años

anteriores y que los continuaron en 1979, con lo cual correspondió a la OPS la supervisión administrativa y técnica de un total general de 1,919 becarios. Esto representa un aumento de 29% con respecto a 1978.

En el año se recibieron 1,536 solicitudes de becas procedentes de países de las Américas, 1,289 de las cuales (84%) fueron aprobadas, en comparación con el 77% correspondiente a 1978. De este total, 594 becas fueron financiadas por la OPS (EUA \$2,332,039), 444 con fondos de la OMS (\$1,475,059), 220 con fondos de otras fuen-

tes (593,767) y 31 con fondos interregionales.

Respondiendo a las necesidades expresadas por los Gobiernos Miembros, la distribución de las 1,289 becas por campo de

estudio fue la siguiente: 24% en administración de salud pública; 25% en otros servicios de salud, 18% en enfermedades transmisibles, 10% en educación médica y ciencias afines, 9% en salud maternoinfan-

Cuadro 1. Becas concedidas en las Américas, por país de origen y clase de adiestramiento, 1979.

País de origen del becario	Clase de adiestramiento			Total
	Cursos en grupo organizados por la OPS/OMS o con su colaboración	Becas a largo plazo	Becas a corto plazo	
Argentina	20	7	84	111
Bahamas	4	3	6	13
Barbados	3	14	13	30
Belice	1	6	1	8
Bolivia	11	2	11	24
Brasil	50	15	49	114
Canadá	—	—	10	10
Colombia	12	3	43	58
Costa Rica	14	27	39	80
Cuba	9	18	13	40
Chile	8	2	50	60
Dominica	1	6	1	8
Ecuador	11	14	6	31
El Salvador	3	9	6	18
Estados Unidos de América	—	—	21	21
Guatemala	12	14	26	52
Guyana	6	3	16	25
Haití	3	13	15	31
Honduras	7	34	22	63
Jamaica	8	14	31	53
México	27	21	42	90
Nicaragua	—	9	5	14
Panamá	3	20	11	34
Paraguay	2	3	8	13
Perú	12	1	31	44
República Dominicana	8	7	19	34
Santa Lucía	4	7	2	13
Suriname y Antillas Neerlandesas	1	4	3	8
Trinidad y Tabago	9	5	2	16
Uruguay	1	4	10	15
Venezuela	24	12	48	84
Territorios británicos	30	25	18	73
Territorios franceses	—	—	1	1
Total	304	322	663	1,289

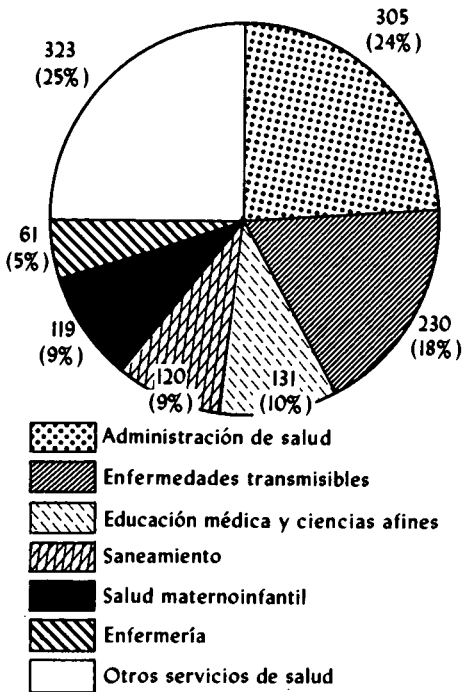
Cuadro 2. Becas concedidas en las Américas, por país de origen y por país o Región de estudio, 1979.

País de origen	País de estudio en la Región de las Américas																											Otras Regiones de estudio											
	Argentina	Bahamas	Barbados	Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Ecuador	Estados Unidos de América	Puerto Rico	Guatemala	Guyana	Haití	Honduras	Jamaica	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	República Dominicana	Santa Lucía	Suriname y Antillas Neerlandesas	Trinidad y Tabago	Uruguay	Venezuela	Territorios británicos	Territorios franceses	Africa	Asia Sudoriental	Europa	Mediterráneo Oriental	Pacífico Occidental				
Argentina	5			34	4	21	10		13	3	13	3										9					14	14											
Bahamas											8							3																					
Barbados					2						16															3													
Belice			1																																				
Bolivia	2			10		2			1										4		1							4											
Brasil	17			10	1	13	4		9		30	2						14				4					6	15				1		9					
Canadá											2																							6					
Colombia	17			18	1		7		9		4	3						16		2							2	2					4						
Costa Rica	15			11	2	11	3		7		15	10						14		2		1					3	4	13				2						
Cuba							3																																
Chile	5			29	2	18	15				17	3						17		6	1	2					3	2											
Dominica			5								2							2																					
Ecuador	1			5	1	1	1		3		4	1						13										1											
El Salvador	2			2		1					3							9																					
Estados Unidos de América							1					1						2	1	1		1						1			1	1	16			3			
Guatemala	2			4		10	4		6		4	9						15		3		2						3											
Guyana			7	1	3						10							2									2												
Haití				5	1	3	2		4		4	5			1	3		2										6		3									
Honduras	3			9		11	15	1	5		2	10						9										2	1										
Jamaica			2								36																		1										
México	10			13	4	14	8	1	5		22	1							1			1					1	14											
Nicaragua				1							7								5										1										
Panamá	1			4		2			1		4	12							5			1						1	4										
Paraguay	2			4		1			1		2							3										1											
Perú	2			7		16	9	1	2	1	4	6						17		1								1	4										
República Dominicana				3	1	9			1	1	4							13		2		1						6											
Santa Lucía		1	4								1							4											2										
Suriname y Antillas Neerlandesas											2																												
Trinidad y Tabago			1		1						8																												
Uruguay	2			2		3	2		2	3		1							2		1							4											
Venezuela	12			17	1	4	3	11	6		9	7						24		6			4				10												
Territorios británicos		2	18		1						13																												
Territorios franceses											1																												
Total de visitas	88	3	38	185	29	139	85	21	73	8	240 <sup>a</sup>	81	4	1	6	42	220	1	29	1	24	5	1	1	1	24	50	94	30	3		4	4	101	2	9			

- Ninguna.

<sup>a</sup> De estos, 31 estudiaron en Puerto Rico y 14 en las Islas Virgenes (EUA).

**Figura 1. Becas concedidas en las Américas, por clase de adiestramiento, 1979.**



til, 9% en saneamiento, y 5% en enfermería (fig. 1). Con excepción de las becas dedicadas a salud materno-infantil, que aumentaron de 63 a 119 (un aumento de 88%), no se registraron cambios importantes con respecto al año anterior.

El incremento general del programa de becas se debió al mayor número de las concedidas a corto plazo (19%). El efecto de la inflación se dejó sentir principalmente en las becas a largo plazo, cuyo costo promedio se elevó de \$8,905 a \$9,448 en los Estados Unidos y Canadá y de \$5,276 a \$5,970 en América Latina. El costo promedio de

las becas a corto plazo aumentó de \$2,572 a \$2,650 en Estados Unidos y Canadá y de \$1,859 a \$1,927 en América Latina.

De conformidad con la política de la OPS de situar a los becarios en lugares de ambiente, idioma y condiciones de salud similares a los existentes en sus países de origen, la mayoría de los de habla española se destinaron a América Latina (69%), 15% a los Estados Unidos y Canadá, 9% al sector de habla inglesa del Caribe y 7% a otras regiones del mundo.

Con el propósito de acercar más las actividades de los becarios a su ambiente nacional y perfeccionar la idoneidad de los programas que deben seguir, a fines de 1979 la OPS empezó a trasladar de la Sede a Barbados las actividades de las becas para candidatos de habla inglesa y holandesa del Caribe. Como parte del esfuerzo por formar personal de ese sector lo más cerca posible de su país de origen, 142 de las 223 becas concedidas a residentes del área del Caribe fueron para cursar estudios en la misma zona geográfica y las restantes para estudiar en los Estados Unidos, Canadá u otras partes del mundo. En 1980, todas las becas para estudiar en el Caribe serán concedidas y administradas por la Oficina del Coordinador del Programa de esa área en Barbados.

Se ampliaron las operaciones de la terminal de la computadora para incluir, en conexión directa, el sistema de búsqueda de información actualizada del *Directorio de programas de adiestramiento en América Latina y el Caribe*. Se terminó de preparar el texto final del *Directorio* para su distribución en la Región. También se completó el diseño de un sistema de evaluación continua por computadora que se implantará durante el primer trimestre de 1980.



## Noticias

---

---

### INAUGURACION DE ESCUELA DE MEDICINA EN COLOMBIA

El 19 de julio último se inauguró oficialmente la Escuela Militar de Medicina y Ciencias de la Salud, en Bogotá, Colombia, con asistencia de las más altas autoridades del país. La Escuela tiene el propósito de formar médicos generales con una visión integral del ser humano en su dimensión biológica, psicológica y social, y capaz de responder en forma adecuada a las expectativas, necesidades y demandas del individuo, la familia y la comunidad en materia de salud.

El Dr. Gustavo Malagón Londoño, Decano de la Escuela, al hacer uso de la palabra en el acto inaugural, señaló que la Escuela Militar formará médicos dentro de normas no tradicionales y con características que permitan enfocar su educación en consonancia con las directrices de la política nacional de salud, por un lado, y de la política sanitaria de las Fuerzas Armadas, por el otro.

Destacó que en la mayoría de los países—y por supuesto en mayor grado en los del Tercer Mundo—se observa un notable contraste entre la alta calidad de los servicios médicos especializados que se ofrecen en los grandes centros urbanos y la incapacidad de ampliar el alcance de las actividades de salud para abarcar a toda la población, aún en términos de la atención más elemental. Esto ha llevado a un movimiento de las autoridades de salud hacia la reorientación de los servicios, asignando mayor prioridad a la prevención de las enfermedades y al fomento de la salud con activa participación de la comunidad, promoviendo la interacción de los aspectos biosociales, buscando el fácil acceso a los servicios, controlando sus costos, mejorando su calidad y tratando de abarcar a toda la población.

Este proceso, denominado atención primaria, exige para su óptima aplicabilidad dos requisitos esenciales: la regionalización de los servicios y el trabajo en equipo, condiciones que garantizan a las unidades más periféricas la vinculación a todo un sistema de referencia y el enfoque de los problemas comunitarios.

En documentos de varios países desarrollados se advierte que la participación del estudiante en la atención de salud a nivel de la familia y la comunidad, y el trabajo bajo la tutela de los clínicos generales que actúan en ese nivel sería la forma ideal para que desarrolle las aptitudes y destrezas que le permitan asumir la responsabilidad de la atención primaria. Esto es, en otras palabras, la integración docente-asistencial: la participación temprana y equilibrada, bajo tutoría en todos los niveles de atención, con una formación de complejidad creciente que le permita al estudiante adquirir la competencia necesaria para su futura labor en la comunidad.

La Escuela Militar propone una amplia utilización de los servicios de salud

para la capacitación de estudiantes, ya que el sistema de salud y los procesos en él originados contienen los esquemas de acción que orientan el componente empírico-inductivo de la capacitación.

Asimismo, se seguirán las más modernas técnicas educacionales, tales como el proceso de autoinstrucción y el desarrollo de módulos de aprendizaje que faciliten la enseñanza integrada.

El programa está diseñado para alcanzar un nivel académico-científico y humanístico que asegure a los educandos un grado de desarrollo de los aspectos cognoscitivo, afectivo y psicomotor que los capacite y habilite para el servicio médico integral en la comunidad, o sea, para que al término de la carrera sean capaces de servir a la población en relación con la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades prevalentes en la región que le corresponda actuar.

El plan general de estudios se desarrollará en cinco años lectivos, en los cuales se incluye uno de internado rural obligatorio. El trabajo semanal se programará para 40 horas académicas y en los primeros tres años, dos horas semanales obligatorias de gimnasia y deportes. En los últimos dos años, se incluirán dos semanas de acuartelamiento por año, para 250 horas de instrucción militar en total.

El plan consta de cinco unidades básicas:

- |  |   |
|--|---|
| 1. Salud y sociedad .....  | 2 semestres                             |
| 2. Estructura y función normal del cuerpo humano y cuidados primarios de salud ..... | 2 semestres                             |
| 3. Clínica de patología regional y nacional .....                                    | 4 semestres                             |
| 4. Unidad de internado rural obligatorio .....                                       | 2 semestres                             |
| 5. Instrucción militar .....   | involucrada en los semestres anteriores |

La Organización Panamericana de la Salud ha colaborado activamente desde los estudios preliminares para la creación de la Escuela Militar de Medicina, de acuerdo con el convenio de cooperación técnica que tiene con el Gobierno de Colombia—por intermedio del Ministerio de Salud y el de Defensa Nacional—para un programa de integración de la enseñanza, la asistencia y la investigación en el país, en armonía con el programa nacional de salud y la política de extensión de la cobertura de los servicios.

## COMISION PLANIFICADORA DE RECURSOS HUMANOS EN ARGENTINA

La Comisión Nacional Planificadora de los Recursos Humanos para la Atención de la Salud, creada por resolución conjunta de los Ministros de Bienestar Social y de Cultura y Educación de la Argentina, fue establecida como dependencia de la Secretaría de Estado de Salud Pública y realiza actividades en forma continua desde abril de 1980.

Su misión específica consiste en:

- planificar el proceso de desarrollo de los recursos humanos necesarios para la atención de la salud de acuerdo con la política sanitaria nacional;
- asesorar a los organismos nacionales, provinciales y municipales sobre temas de su competencia;
- coordinar las acciones concurrentes de los sectores de salud y educación, y
- desarrollar las acciones específicas que le sean encomendadas por las autoridades de las Secretarías de Estado de Salud Pública y de Educación.

Sus miembros integrantes representan distintas áreas del Gobierno (salud pública, educación y seguridad social) y de organismos e instituciones vinculados con el tema (Academia Nacional de Medicina, Asociación Argentina de Educación Médica, Asociación Médica Argentina, Confederación Médica de la República Argentina, Consejo Federal de Entidades Médicas). Está formada por un presidente, un vicepresidente, un secretario, seis miembros titulares y seis miembros alternos, representantes de las instituciones mencionadas.

La Comisión funciona a través de reuniones plenarias y de subcomisiones, con el asesoramiento y participación de expertos de nivel nacional, provincial o municipal, de acuerdo con el origen y características de los temas en estudio.

Las jurisdicciones del sector salud del país hacen llegar a la Comisión las propuestas sobre asuntos que se considere oportuno tratar, los aportes a los temas en estudio y el nombre de los funcionarios interesados en participar en las subcomisiones específicas.

La Comisión está trabajando en los estudios siguientes:

1. Estudio proyectivo de necesidades de médicos, médicos especialistas y odontólogos hasta 1990 (propuesta de soluciones, orientación vocacional y metodología para definir políticas de ingresos en el área de salud).
2. Internado, concurrencia y residencias hospitalarias.
3. Formación y utilización de personal especializado en administración sanitaria.
4. Formación y utilización de los colaboradores de la medicina.
5. Niveles de formación en enfermería.
6. Formación y utilización de educadores sanitarios.
7. La formación del médico especialista, la especialidad y su reglamentación.
8. Acreditación docente de establecimientos asistenciales.
9. Seminario nacional para el análisis del proceso de desarrollo de los recursos humanos del sector salud.

## **NUEVA GUIA PARA FORMACION DE PERSONAL DE SALUD AMBIENTAL**

Son numerosos los esfuerzos realizados por instituciones públicas y privadas de la América Latina y el Caribe interesadas en la formación de personal de salud ambiental. No obstante, existen al respecto importantes deficiencias que es

preciso resolver. Por ejemplo, las actividades de educación y capacitación se han desarrollado al margen de la planificación y utilización del personal; hay escasez de instructores capacitados en los distintos niveles de educación; el personal docente muestra resistencia al cambio y mantiene una docencia tradicional que no estimula el aprendizaje; no se aprovechan los instrumentos que la tecnología educacional proporciona hoy día.

Por otra parte, en función del manifiesto interés de los Gobiernos y del esfuerzo mundial que ha sido designado como Decenio Internacional sobre Agua Potable y Saneamiento, "las grandes inversiones de capital en obras deberán ir acompañadas de un amplio programa de capacitación de recursos humanos en todos los niveles, que incluya actividades de educación continua a fin de actualizar al personal ya disponible en este campo".<sup>1</sup>

La Organización Panamericana de la Salud, tomando conciencia de la urgencia de intensificar las actividades en todos los niveles para hacer frente a los problemas planteados, acaba de publicar una *Guía para el Desarrollo de Recursos Humanos en Saneamiento Ambiental* (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 31).

El voluminoso manual (526 págs.) comprende los documentos y el informe final de un simposio convocado por la OPS en noviembre de 1979, con la colaboración del Gobierno del Brasil y la cooperación técnica de la Asociación Brasileña de Ingeniería Sanitaria y del Banco Nacional de la Vivienda. Asistieron al evento representantes de 18 países de las Américas, observadores del BID, el Banco Mundial, la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental (AIDIS), el UNICEF y el National Water Council (Inglaterra), así como funcionarios de la OPS y de la OMS.

El propósito del simposio consistió en proporcionar pautas operativas prácticas que incorporen todos los elementos de un amplio programa de desarrollo de recursos humanos en salud ambiental. Los temas específicos examinados fueron: la planificación de los recursos humanos, la planificación y metodología educacionales, y la utilización de los recursos humanos (administración de personal).

El simposio recomendó que:

1. Cada país de la Región concentre sus recursos para atender los requisitos de las prioridades establecidas:

a) en el Programa Regional de Desarrollo de Recursos Humanos a mediano plazo (Resolución XXXII, XXV Reunión del Consejo Directivo de la OPS, 1977);<sup>2</sup>

b) en el Plan de Acción de Mar del Plata para Abastecimiento de Agua y Saneamiento de las Comunidades (marzo de 1977);

<sup>1</sup> *Estrategias para la extensión y mejoramiento de los servicios de abastecimiento de agua potable y disposición de excretas para el decenio de 1980* (Discusiones Técnicas, XXVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS). Washington, D.C., Publicación Científica de la OPS No. 390, 1979.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS No. 152, 1978, 35-36.

c) en la Declaración de Alma-Ata (1978) y  
d) en el concepto de cooperación técnica entre los países en desarrollo (CTPD) enunciado por las Naciones Unidas (1978).

2. Cada país otorgue alta prioridad a la planificación y al desarrollo de los recursos humanos.

3. Se implante en todos los países un mecanismo de desarrollo de recursos humanos para el saneamiento ambiental en las instituciones existentes, o en las que se establezcan en el futuro, con el total apoyo y la cooperación de los organismos responsables de los gobiernos. Este mecanismo tendría los siguientes propósitos:

a) la formulación de políticas y estrategias para el desarrollo de los recursos humanos en el saneamiento ambiental, dentro del ámbito de los planes socio económicos de cada país, y

b) el otorgamiento de fondos necesarios para la organización y el impulso de programas de desarrollo de recursos humanos.

4. Los esfuerzos se orienten para el desarrollo de directrices de trabajo de carácter práctico, tendientes a la formulación de la planificación de los recursos humanos para el saneamiento ambiental y para el perfeccionamiento de la metodología de esa planificación, incluyendo la previsión de las necesidades futuras. La cooperación internacional e interregional será valiosa en este aspecto.

5. Se conceda alta prioridad a la definición precisa de los cargos y funciones de los profesionales de nivel superior, técnicos de nivel medio, auxiliares, operarios calificados y no calificados que trabajen en saneamiento ambiental, con la finalidad de asegurar la implantación eficiente del mecanismo antes mencionado.

6. La OPS reafirme y amplíe su compromiso con el desarrollo de los recursos humanos para el saneamiento ambiental. Específicamente podría cooperar con los países de la Región y con otras agencias y organizaciones, a través de:

a) la identificación y fortalecimiento de las instituciones de adiestramiento ya existentes, que posean un compromiso permanente con el desarrollo de recursos humanos para el saneamiento ambiental;

b) La implantación de mecanismos nacionales y subregionales, como los mencionados anteriormente, y la cooperación entre ellos;

c) el desarrollo y actualización de directrices para la planificación, capacitación y utilización de los recursos humanos en saneamiento ambiental, con base en las mejores experiencias y conocimientos disponibles;

d) el patrocinio conjunto de encuentros regionales y simposios para discutir elementos críticos de los procesos de planificación, capacitación y utilización de los recursos humanos para el saneamiento ambiental, tales como el perfeccionamiento de metodologías y la definición de cargos y funciones en este sector en los países de la Región;

e) la colaboración con los países de la Región en la detección del estado de utilización que presentan los recursos humanos que poseen, y

f) el fortalecimiento de la AIDIS, intensificando su colaboración en el proceso de desarrollo de recursos humanos en el sector.

8. Se elabore un glosario de términos técnicos en recursos humanos.

9. Los países de la Región establezcan plazos para aplicar las resoluciones de este Simposio, tanto las de carácter general aquí incluidas como las específicas presentadas por los tres grupos de trabajo.

El manual que ahora se publica será ampliamente distribuido a los países del Continente. Se abriga la esperanza de que tanto las personas relacionadas directamente con la planificación, la capacitación y la administración de recursos humanos, como aquellas que intervienen en la formulación de políticas y decisiones, los ingenieros en salud ambiental, los técnicos sanitarios a niveles ejecutivo y operativo, y el personal de los organismos y servicios de salud ambiental, encuentren este manual aplicable a algunos de los problemas a que se enfrentan. El manual no pretende aportar soluciones a todos los problemas, sino enfocar las partes componentes del proceso de desarrollo de recursos humanos y describir las técnicas que se pueden aplicar, incluyendo sus posibilidades y limitaciones.

Además, se considera que este documento proporcionará orientaciones para programas y actividades futuras relacionadas con los recursos humanos que habrán de llevarse a cabo a nivel regional, subregional y nacional.

#### CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA

Del 12 al 16 de octubre de 1980, se celebró en Santo Domingo, República Dominicana, la I Conferencia de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina. Fue organizada por la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) y auspiciado por la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL).

La Conferencia tuvo por objeto analizar críticamente la situación actual de la odontología latinoamericana y buscar nuevas alternativas para su quehacer académico, científico y social en los países de la región.

Las ponencias versaron sobre tres temas:

a) Los recursos humanos odontológicos necesarios para América Latina; presentado por los Dres. Leonardo Erickson (República Dominicana), Alfredo Gómez Castellanos (México) y Elbano Pieruzzi (Venezuela).

b) El cambio en la producción de servicios odontológicos en América Latina, presentado por los Dres. José Garita (Costa Rica) y Héctor Silva (Chile).

c) La producción de conocimientos para la práctica odontológica en América Latina, presentado por los Dres. Miguel Rodríguez (Ecuador), Jorge Izquierdo (Perú) y Eugenio Vilaca Mendez (Brasil).

La Conferencia celebró una sesión preliminar, siete sesiones plenarias y una de clausura.

La Mesa Directiva quedó integrada así: Presidente, Dr. Leonardo Erickson (Universidad Autónoma de Santo Domingo); Vicepresidentes, Dr. Víctor Rodríguez (Universidad Central de Venezuela); Dr. Alfonso Fuentes (Universidad de San Carlos, Guatemala), Dr. Jorge Fernández (Asociación Peruana de Programas Académicos de Odontología); Secretario General, Dr. Ignacio

Rodríguez Chiappini (UASD), y Relator General, Lic. Dagoberto Tejeda (UASD).

Se aprobó un relato general—producto de las discusiones sostenidas por los participantes en los grupos de trabajo y en las sesiones plenarias, así como del valioso aporte recibido de las ponencias—el cual, en términos generales, hace énfasis en la estrecha relación existente entre la formación social latinoamericana y la producción de recursos humanos, señalando que el análisis de la formación de recursos humanos odontológicos y del papel general de las universidades en América Latina debe hacerse desde una perspectiva histórica-estructural. Por otro lado, se plantea que “las universidades latinoamericanas deben definir el modelo de formación de recursos humanos, coherente con la realidad y el espacio que posibilite esta formación, en función de las necesidades de la comunidad, coadyuvando en la transformación económica, social y cultural que necesitan nuestros pueblos, incorporándose plenamente a través de la docencia, la investigación y los servicios, y en interacción con los organismos sanitarios de la nación”.

Toda esta redefinición en la formación de recursos humanos odontológicos en América Latina, en cuanto a niveles y funciones, debe de ser realizada a través del proceso de docencia-investigación-servicio, teniendo en cuenta:

1. La desmonopolización y transferencia del conocimiento científico.
2. La participación del pueblo en todo el proceso de salud-enfermedad.
3. El trabajo en equipos interdisciplinarios.
4. La coordinación inter-institucional: universidades-instituciones estatales de salud; organizaciones populares y gremios.
5. Un proceso de educación continua en los profesores, enfatizando los aspectos pedagógicos y los teóricos-metodológicos, así como los relacionados con la promoción histórico-social de la sociedad latinoamericana.

La Conferencia, acogiéndose a lo establecido en la Carta de las Universidades Latinoamericanas, aprobó la creación de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología de América Latina de la UDUAL, así como los estatutos y lineamientos básicos para su desarrollo. Se designó también a la Directiva de esa Organización, que quedó integrada así: Presidente, Dr. Manlio Sardi (Venezuela); Vicepresidentes, Dr. José Garita (Costa Rica), Dr. Víctor de la Rosa (México); Secretario Ejecutivo, Dr. Elbano Pieruzzi (Venezuela).

Además, se acordó plantear a los gobiernos de los países latinoamericanos un amplio, decidido y efectivo apoyo para el desarrollo de los programas de investigación, docencia y servicios en odontología.

Por otra parte, se resolvió solicitar a las Naciones Unidas en general y a sus organismos especializados, en particular, la OPS/OMS, dar a la odontología mayor participación en el desarrollo de sus programas, tanto desde el punto de vista técnico como económico y enfatizar en la necesidad de que el recurso humano para la prestación de servicios de salud que forman las universidades también requieren la atención de la OPS/OMS.

La II Conferencia se celebrará en 1982 en Venezuela.

# Libros

---

---

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

**Informe Anual del Director, 1979.** Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1980. 216 págs. *Documento Oficial de la OPS 171.* (ISBN 92 75 37171 7).

Se resumen en esta publicación las actividades realizadas por la Organización Panamericana de la Salud durante el último año en su empeño por cooperar con los países para lograr un mayor bienestar de los habitantes de la Región.

Como se señala en el informe, la meta de "salud para todos en el año 2000" siguió siendo la mayor preocupación de los Gobiernos y de la Organización. La magnitud de la empresa puede apreciarse si se tiene en cuenta que para el año 2000 habitarán en el Hemisferio Occidental mil millones de personas.

La atención primaria de salud, la participación de la comunidad, la cooperación técnica entre países en desarrollo y el empleo de la tecnología apropiada para lograr la cobertura universal de salud constituyen los principales enfoques que se están aplicando en las Américas para llegar a la meta señalada. La función de la Organización consiste en fomentar y coordinar las acciones de salud, prestando la cooperación técnica que le soliciten los Gobiernos.

El informe da cuenta de las estrategias específicas que se están aplicando en la Región para desarrollar sistemas de servicios de salud y señala los avances principales logrados en la mayoría de los países en relación con la planificación de las actividades de salud, la nutrición, la salud materno-infantil.

Destaca asimismo los progresos alcanzados en el control y la prevención de enfermedades, si bien algunas de las transmisibles siguen constituyendo una grave amenaza.

Por otra parte, se hace un recuento de los principales programas de desarrollo de recursos humanos e investigaciones que se llevaron a cabo en el año.

Se abordan también los problemas relacionados con el ambiente, tales como la administración de desechos sólidos, la contaminación del aire y del agua, la salud ocupacional, etc.

El informe tiene siete capítulos: dirección general de la Organización, desarrollo de sistemas de servicios de salud, recursos humanos e investigaciones, con-

---

<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.



trol de enfermedades, programas de salud ambiental y animal, servicios de apoyo, y administración y gestión. Contiene un índice analítico de materias.

**National drug policies** [Políticas nacionales de medicamentos]. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1979, 99 págs. (Public Health in Europe, No. 12) (ISBN 92 9020 131 2). Precio: Fr. s. 10.

Hace treinta años, las políticas nacionales relativas al comercio de medicamentos se basaban principalmente en consideraciones técnicas y clínicas. Desde entonces han adquirido gran importancia los aspectos económicos y sociales, en parte por el precio creciente de los medicamentos y en parte por la consiguiente necesidad de asegurar su distribución equitativa y acabar con el despilfarro causado por la prescripción innecesaria por parte de los médicos y el consumo exagerado de medicamentos por el público.

La finalidad de este volumen es dar una idea completa de este problema cada vez más complicado, revisando al efecto las funciones de los profesionales y servicios más interesados: el consumidor, el farmacéutico, el médico, el fabricante, la seguridad social y los organismos de inspección. También se examina la posible contribución de las universidades en materia de investigación y formación profesional y de las uniones económicas regionales en lo relativo a la autorización y el control de los medicamentos. Un capítulo de la obra está dedicado a los problemas que plantea la distribución de medicamentos en el marco de un servicio nacional de salud (concretamente, el de la URSS).

Los autores de varios capítulos se muestran particularmente preocupados por los conflictos que pueden surgir entre las ideas de justicia social y el interés del público y los intereses comerciales de la industria farmacéutica. Algunos de ellos subrayan la necesidad de lograr que la industria contribuya a satisfacer las necesidades sanitarias de vastos sectores desatendidos de la población mundial, posiblemente mediante la fabricación prioritaria de medicamentos "esenciales" (es decir, los escasos medicamentos que son indispensables para la asistencia sanitaria de la mayor parte de la población).

Quizá la conclusión más importante que se desprende de esta encuesta sobre las políticas de medicamentos en Europa es que el éxito de estas no depende solo de los profesionales de la salud, solo de la industria farmacéutica ni solo de los organismos de control. Cualquier progreso en este campo exige un enfoque multisectorial. Lo que importa sobre todo es establecer un clima de cooperación y de confianza mutua entre el Estado y la industria farmacéutica en los países donde esta no tiene carácter estatal.

**A methodology for student drug use surveys** [Una metodología para las encuestas sobre el consumo de drogas entre los estudiantes], por R. G. Smart y cols. Ginebra, 1980, 55 págs. (OMS, Publicación en Offset, No. 50) (ISBN 92 4 170050 5). Precio: Fr. s. 7.

En el transcurso de los años se han llevado a cabo muchas encuestas sobre el abuso de alcohol y drogas, especialmente entre los jóvenes. Sin embargo, como los objetivos de las encuestas y los métodos empleados han sido muy diferentes, los resultados no son siempre comparables. Un método bien establecido es el empleo de un cuestionario anónimo al que el sujeto contesta directamente y que es poco costoso, no requiere personas que lleven a cabo entrevistas, es fácil de distribuir rápidamente a gran número de personas y proporciona datos que son fácilmente elaborados. En este trabajo se describe un estudio de la OMS que reunió a equipos de expertos de diversos países para convenir en una serie de datos esenciales para un cuestionario normalizado sobre el consumo de drogas entre los estudiantes y al que han de contestar directamente los sujetos. El cuestionario fue ensayado en 1655 estudiantes de Birmania, la India, Malasia, México, Nigeria, el Pakistán y Tailandia, comprobándose que es razonablemente fiable y lo bastante válido en la mayor parte de los casos. El formato y algunas de las preguntas se modificaron a la luz de la experiencia obtenida en el ensayo. El cuestionario revisado figura como anexo de este informe y contiene preguntas sobre características demográficas, sobre frecuencia de consumo de drogas y sobre la edad en que se utilizó por primera vez alguno de 13 tipos de drogas, incluyendo el alcohol y el tabaco. También recoge información sobre la sinceridad con que se contestó a las preguntas. Los datos esenciales son comparables a los de otros cuestionarios elaborados por la OMS y la División de Estupefacientes de las Naciones Unidas.

Otros anexos contienen instrucciones a los investigadores para el empleo del cuestionario, incluso una muestra de calendario para la ejecución de la encuesta; preguntas facultativas, por ejemplo, sobre las fuentes de introducción al consumo de drogas y las actitudes ante dicho consumo; y directrices metodológicas para las encuestas entre jóvenes que han de responder directamente, con instrucciones detalladas para el muestreo. Unas 50 referencias bibliográficas completan el informe.

**Zoonosis parasitarias.** Informe de un Comité de Expertos de la OMS, con la participación de la FAO. *Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos*, 1979, No. 637 (ISBN 92 4 320637 0). Precio: Fr. s. 10. Publicado también en francés y en inglés.

La Organización Mundial de la Salud ha ampliado recientemente su cooperación con los Estados Miembros en la preparación de estrategias y métodos para la vigilancia, la prevención y la lucha contra las zoonosis y las enfermedades transmitidas por alimentos. Las zoonosis parasitarias, que constituyen el tema del presente informe, plantean un problema médico especial. Entre ellas están varias de las más extendidas y graves infecciones humanas y, a juzgar por la experiencia de los últimos 40 años, cabe pensar que en el futuro serán una causa creciente de la carga que supone la morbilidad humana. Este grupo de

infecciones es además causante de grandes pérdidas económicas, especialmente en animales de tiro, carne, leche y otros alimentos y productos de origen animal. Los países en desarrollo soportan pérdidas mucho más graves, en parte por las condiciones climáticas y ambientales y en parte por las deficiencias de sus servicios de veterinaria y salud pública.

En el informe se exponen detalladamente los aspectos socioeconómicos y socioculturales de la cuestión, insistiendo en los hechos que influyen en la prevalencia, por ejemplo, la introducción de la producción intensiva y en gran escala de animales y las características del comportamiento que en ciertos pueblos influye en los hábitos alimentarios y en las actitudes respecto a los animales domésticos.

Se trata luego de los principios de vigilancia, prevención, lucha y eliminación de las zoonosis parasitarias, insistiéndose en los problemas inmunológicos, como la selección de técnicas de inmunodiagnóstico para las pruebas en masa y los recientes adelantos de la inmunización. También se trata del papel de los alimentos en la transmisión de las zoonosis parasitarias, haciéndose sugerencias relativas a la aplicación de medidas de prevención y lucha para descartar este peligro. Se preconizan sencillas medidas de prevención a que pueden recurrir las personas que, por su profesión, están expuestas al riesgo de contraer esas infecciones.

En el informe se hace luego una amplia y documentada exposición de las principales zoonosis parasitarias, agrupándolas por infecciones causadas por protozoos, cestodos, trematodos, nematodos, pentastómidos y artrópodos, o por infecciones e infestaciones debidas a otros artrópodos parasitarios y alergénicos. Se describe detenidamente cada infección: manifestaciones en el hombre, vectores animales, modos de transmisión, diagnóstico, tratamiento y prevención y lucha.

Figura después un resumen de las principales recomendaciones dirigidas al personal de salud y los organismos de veterinaria y de salud pública, así como a los encargados de combatir distintas enfermedades. Se sugiere que estas propuestas se tengan en cuenta al planear y ejecutar sobre el terreno los programas en colaboración de la FAO y la OMS.

Como anexo al informe figura una clasificación propuesta de las zoonosis que apareció inicialmente en el tercer informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Zoonosis; esta clasificación se reproduce en el informe para subrayar la necesidad, principalmente con fines didácticos, de una tabulación sistemática de este grupo tan extenso y complejo de enfermedades. En otro anexo, relativo al inmunodiagnóstico de las zoonosis parasitarias, se enumeran las principales infecciones, así como las pruebas inmunológicas y los antígenos utilizados. Hay un anexo final en el que consta una lista parcial de las zoonosis parasitarias en que se indican los agentes patógenos y los principales animales vertebrados que intervienen.

## INDICE DEL VOLUMEN 14 (1980)

### Educación Médica y Salud

#### A

- Adiestramiento y desarrollo, 133-134  
Adiestramiento en gerencia de servicios de salud, 407-422  
Adiestramiento médico en el hospital regional, 241-249  
Administración en salud, enseñanza de, 385-398, 407-422  
Amorim, Claudio L., 263  
Argentina, Comisión Planificadora de Recursos Humanos, 449-450  
Asociación de Escuelas de Enfermería de Ecuador, 55-59  
Auxiliares, formación de, 435-437  
Avaliação de prioridades na elaboração de currículo, 371-384

#### B

- Banta, H. David, 157  
Baquero Angel, Jaime, 241  
Baquero, Constance de, 55  
Barros Vieira, Cesar Augusto de, 62  
Becas (OPS), 444  
Belitzky, Rubén, 135  
Bibliografía sobre la mujer y el desarrollo, 342-351  
Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME), 439  
Bobenrieth, Manuel A., 133  
*Boletín Epidemiológico de la OPS*, 226  
Brasil  
  educación en salud en São Paulo, 184-196  
  formação de pessoal de saúde, 62-74

modelo para a avaliação de prioridades na elaboração de currículo médico, 371-384

#### C

- Capacitación de un profesor, 215-217  
Caribe, seminario sobre personal de salud en, 115-116  
Carvalho Rodrigues, Claudio Roberto, 371  
Centro de Documentación sobre Planificación Educacional, 335  
Centro de Investigaciones Multidisciplinarias en Desarrollo Rural (CIMDER), 23-39  
Centros Latinoamericanos de Tecnología Educacional para la Salud (CLATES), 442-443  
Ciencia y tecnología para el desarrollo, conferencia de las Naciones Unidas sobre, 109-113  
Cintas fijas de la OPS, 226  
Colombia  
  desarrollo de un sistema rural de servicios de salud, 23-39  
  nueva escuela de medicina, 448-449  
Comisión Planificadora de Recursos Humanos en Argentina, 449-450  
Conferencia de Facultades de Odontología, 453-454  
Conferencia de Facultades de Salud Pública (X), 287-297  
Conferencia Mundial sobre la Mujer, 336-337

- Congreso Argentino de Tisiología y Neumonía, 370  
 Consejo Internacional de Enfermeras, 80  
 Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COIMC), 331-333

## D

- Decenio Internacional sobre Agua Potable y Saneamiento, 225-226  
 Día Mundial de la Salud, 61  
 dos Santos, Isabel, 62

## E

- Economía y salud pública, 331-333  
 Ecuador, desarrollo de la enfermería, 55-61  
 Echeverri, Oscar, 23  
 Editorial, 133  
 Educación continua  
     consideraciones sobre, 399-406  
     para ingenieros, 113-114  
     seminario interregional sobre, 217-220  
 Educación en salud, una experiencia en São Paulo, 184-196  
 Enfermería  
     formación de personal, 41-52  
     y la salud de la comunidad, 1-19  
     desarrollo en Ecuador, 55-59  
     investigación en, 76-92  
 Enseñanza de administración en salud, 385-398  
 Enseñanza de la nutrición, 298-325  
 Enseñanza por simulación en genética, 263-273  
 Escuelas de salud pública, X Conferencia, 287-297  
 Especialização na medicina, 252-261

- Evaluación de la tecnología, 157-171

## F

- Federación Internacional de Hospitales, curso de la, 117-118  
 Fefer, Enrique, 236  
 Ferreira, José Roberto, 407  
 Formación del personal auxiliar, 95-105  
 Formación de personal de enfermería para atención de salud de la comunidad, 41-52  
 Formación de personal de salud y el Programa de Libros de Texto de la OPS, 211-215  
 Formación de técnicos medios de salud, 108-109  
 Fraga Filho, Clementino, 174  
 Fülöp, T., 215

## G

- Galperin, Jorge, 263  
 Gibbons, Lillian K., 76  
 González, Luis Urbina, 330  
 Guerra de Macedo, Carlyle, 62  
 Guía para formación de personal de salud ambiental, 450-453

## H

- Hitomi Oshiro, Julieta, 184  
 Hospital de enseñanza, 326-330  
 Hospital regional, adiestramiento en el, 241-249

## I

- Ingeniería y ciencias del ambiente, educación en 113-114, 431-433

Investigaciones

- en enfermería, 76-92
- en los hospitales, 355-370
- operativas en salud, 220-223
- de trascendencia social, 117

L

- L'Abbate, Lolange, 184
- Lessa, Zenaide Lazara, 184
- Libros, reseñas de, 119-128, 230-236, 339-351
- Libros de Texto, Programa de la OPS
  - Comité para la Enseñanza de la Administración en Salud, 385-398
  - Comité para la Enseñanza de la Nutrición, 298-325
  - Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción, 115, 211-215
- López Portillo, Manuel, 145

M

- Márquez, Miguel A., 229
- Medicina preventiva y salud pública, seminario sobre, 338
- Medicina veterinaria, educación en, 434
- Médico como educador, 330
- Médicos, adiestramiento en el hospital regional, 241-249
- México
  - taller de actualización bioquímica, 227
  - tutorías médicas universitarias, 145-155
- Meyer, Alice T., 95
- Mujer y desarrollo, 336-337, 342-351

N

- Naciones Unidas, conferencia sobre ciencia y tecnología, 109-113
- Noticias, 115-118, 224-229, 334-338, 448-454
- Novaes, Humberto de Moraes, 407
- Nowinski, Aron, 355
- Nuñez, Iralda de, 55
- Nutrición, enseñanza de la 298-325

O

- Odontología
  - conferencia de facultades, 453-454
  - educación en, 433-434
- OEA, toma de posesión de autoridades de la, 334-335

P

- Pereira, José Carlos, 525
- Palatnik, Marco, 263
- Parámetros de qualidade dos cursos médicos, 275-285
- Personal auxiliar, formación de, 95
- Pediatría, perspectivas en América Latina, 208-210
- Peña Campos, Flor de María, 41
- Personal de salud en el Caribe, seminario sobre, 115-116
- Perú, formación de personal de enfermería, 41-52
- Planificación de recursos humanos, 426-427
- Premio León Bernard, 337-338
- Profesor, capacitación de un, 215-217
- Programa Latinoamericano de Información sobre Investigaciones en Cáncer (LACRIP), 227-228

Programa de Preparación Estratégica de Personal de Salud (PPREPS), 62-74  
 Publicaciones científicas, 135-143  
 Publicaciones de la OPS y de la OMS, 119-128, 230-235, 339-351, 455-458  
 Puente Iriarte, Antonia, 41

## Q

Quintero, Gregorio, 241

## R

Recursos humanos, actividades de la OPS, 423-447  
 Recursos tecnológicos, 439-441  
 Reformas curriculares, 174-183  
 Reseñas, 108-114, 208-223, 326-333  
 Ripa, Julio C., 355  
 Roberts, Doris E., 1  
 Rocha, Juan Stuardo Jazlle, 326  
 Rojas, Sor Piedad, 55  
 Rosa, Alice Reis, 174

## S

Salazar, Ligia M. de, 23  
 Salgado, João Amilcar, 275  
 Salud ambiental, guía para formación de personal de, 450  
 Salud de la comunidad enfermería y, 1-19  
     formación de personal de enfermería para atención de, 41-52  
 Salud mental, educación en, 434-435  
 Salud y el nuevo orden económico internacional, 334  
 Salud pública, escuelas de, 287-297

"Salud para todos", seminario sobre, 116-117, 224-225  
 Seminario sobre capacitación de personal en el Caribe, 115-116  
 Seminario interregional sobre educación continua, 217-220  
 Seminario sobre medicina preventiva y salud pública, 338  
 Servicio de Educación de Salud Pública (SESP), São Paulo, 185  
 Simulación, enseñanza por, 263-273  
 Sistema rural de servicios de salud, 23  
 Suárez Ojeda, E. Néstor, 208  
 Supervisión, adiestramiento en, 437-439

## T

Taller de actualización bioquímica, 227  
 Taller de epidemiología clínica, 228-229  
 Técnicos medios de salud, formación, de, 108-109, 435-437  
 Tecnología educacional, 441-444  
 Tecnología médica, evaluación de la, 157-171  
 Teruel, José, R., 229  
 Tuberculosis, adiestramiento en programas integrados de control, 198-205  
 Tutorías médicas universitarias, programa en México, 145-155

## U

UNESCO, 335  
 UNICEF, 342  
 Universidad Católica del Ecuador, 55

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), 227  
Universidad Nacional de Honduras, 83  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima, Perú), 43  
Universidad Nacional de Panamá, 83  
Universidad de las Naciones Unidas, 309

Universidad Peruana Cayetano Heredia, (Lima, Perú), 43  
Universidad del Valle (Cali, Colombia), 23-39, 83

V

Velasco Rayo, Carmen, 399  
Vidal, Carlos A., 211  
Vilela Fávero, Raquel, 371



## INFORMACION A LOS AUTORES

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

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

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

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

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

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

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

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

---

## NOTICE TO AUTHORS

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

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

*Index Medicus* standards and should be submitted on a separate page in the order in which they appear in the text. Illustrations, tables and diagrams should also appear on a separate page.

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

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

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

The editorial staff will select those articles which it considers suitable for publication and, where appropriate, will assume responsibility for translation into Spanish, or for any editorial changes. The staff in question will consult any substantive changes with the author and, as far as possible, inform him of the acceptance of his contribution and its probable publication date. In no case can the original manuscript be returned to the author.

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

# 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  
Santa Lucía  
Suriname  
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, 7<sup>a</sup> Ave. 12-23, Zona 9  
Guatemala, Guatemala

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

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

Area IV, Casilla 2117  
Lima, Perú

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

### Oficina de Campo

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

### OFICINA CENTRAL

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

## **CONTENIDO**

**INVESTIGACION EN HOSPITALES**

**AVALIAÇÃO DE PRIORIDADES NA ELABORAÇÃO  
DE CURRÍCULO**

**INFORME DEL COMITE DEL PROGRAMA DE LIBROS DE  
TEXTO DE LA OPS PARA LA ENSEÑANZA DE LA  
ADMINISTRACION EN SALUD**

**CONSIDERACIONES SOBRE LA EDUCACION CONTINUA**

**ADIENTRAMIENTO EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE  
SALUD**

**ACTIVIDADES DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS  
DE LA OPS**

**INAUGURACION DE ESCUELA DE MEDICINA EN COLOMBIA**

**COMISION PLANIFICADORA DE RECURSOS HUMANOS EN  
ARGENTINA**

**NUEVA GUIA PARA FORMACION DE PERSONAL DE SALUD  
AMBIENTAL**

**CONFERENCIA DE FACULTADES, ESCUELAS Y DEPARTAMENTOS  
DE ODONTOLOGIA DE AMERICA LATINA**

**PUBLICACIONES DE LA OPS Y DE LA OMS**

**INDICE DEL VOLUMEN 14 (1980)**

